

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**CCSM
TCC
UFSC
ENF
0330
Ex.1**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0330

Autor: Souza, Geandry M.

Título: Assistência de enfermagem aos cl



972492759

Ac. 241548

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Assistência de Enfermagem aos clientes em Tratamento Dialítico - Estressores e Enfrentamentos.

**ACADÊMICOS: GEANDRY M. B. DE SOUZA
JOEL JOSÉ LUIZ
MALJUDA KIOMI OKUDA**

ORIENTADORA: Dr^a DENISE M. G.V. DA SILVA

SUPERVISORA: ÂNGELA LUCKNER GOULART

**BANCA EXAMINADORA: ÂNGELA LUCKNER GOULART
Dr^a DENISE M. G.V. DA SILVA
ANA ROSETE C. R. MAIA**

Florianópolis (SC), Julho de 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Assistência de Enfermagem aos Clientes em
Tratamento Dialítico – Estressores e
Enfrentamentos

Florianópolis (SC), Julho de 2000.

Receita de vida
Qual...

○ dia mais belo? Hoje
Coisa mais fácil? Equivocar-se
○ obstáculo maior? Abandonar-se
A distração mais bela? ○ trabalho
Pior derrota? ○ desalento
Os melhores professores? As crianças
Primeira necessidade? Comunicar-se
○ que mais faz feliz? Ser útil aos demais
Mistério maior? A morte
○ pior defeito? Mau humor
Pessoa mais perigosa? A mentirosa
○ sentimento pior? ○ rancor
Presente mais belo? ○ perdão
○ mais imprescindível? ○ lar
Estrada mais rápida? ○ caminho correto
A sensação mais grata? A paz interior
Resguardo mais eficaz? ○ sorriso
Maior satisfação? ○ dever cumprido
Força mais potente? A fé
As pessoas mais necessárias? Os pais
Coisa mais bela de todas? ○ amor
(Madre Tereza de Calcutá)

AGRADECIMENTOS

A Deus

“Que se fez presente em cada passo de nossa caminhada até este momento, guiando-nos, dando-nos saúde, coragem e perseverança para atingirmos nossos objetivos”.

Aos Pais (Geraldo e Lia), (José e Madalena) e (Satoshi e Hatsuko).

“Que apesar da distância fizeram-se presentes em nossos corações, transmitindo amor e segurança”.

A nossa Orientadora Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

“Em especial, pela competência, pela compreensão das nossas limitações e estressores. O sucesso deste trabalho dedicamos a você”.

A nossa Supervisora Ângela Luckner Gurlart

“Pela competência, paciência e disponibilidade em nos ajudar, permitindo-nos ultrapassar barreiras e crescer como profissionais”.

A equipe de Enfermagem

“Pelo apoio e acolhimento caloroso. Nossa gratidão”.

Aos Clientes

“Agradecemos pela disponibilidade de participarem desse estudo, sem os quais não teria sido possível realizá-lo. O nosso muito obrigado”.

Ao Enfermeiro Antônio José Albino

“Pelo profissionalismo, acolhimento e pela amizade construída. A nossa gratidão”.

A Enfermeira Maristela Assunção

“Pelas contribuições importantes no desenvolvimento deste trabalho. Obrigado”.

A assistente Social Tayana Maciel Neves de Oliveira

“Agradecemos pela troca de experiências oportunizando o nosso crescimento. O nosso Obrigado”.

As Enfermeiras Dayse Pascal e Jacemir Samerdak

“Pela oportunidade oferecida, que contribuiu diretamente na realização deste estudo. Os nossos agradecimentos”.

Ao Nossos Amigos (Wolmir, Rose, Sheila, Júlio, Zéca, Uilson, Marquinhos, Andrey, Abílio, Helmany e a todos que acompanharam nossa caminhada)

“Obrigado por existirem”.

Aos Que Amamos (irmãos, filhos, esposa e noivo)

“Agradecemos por compreenderem os momentos que estivemos ausentes”.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVO GERAL	11
2.1. <i>Objetivos Específicos</i>	11
3. REVISÃO LITERÁRIA	12
3.1. <i>Enfrentamento</i>	12
3.2. <i>Estresse</i>	19
3.3. <i>Qualidade de vida</i>	20
3.4. <i>Anatomia e fisiologia do rim</i>	21
3.5. <i>Insuficiência Renal</i>	22
3.6. <i>Assistência de enfermagem</i>	54
3.7. <i>Alguns aspectos sobre educação</i>	55
3.8. <i>Implicações psicológicas decorrentes da condição crônica de saúde</i>	56
3.9. <i>Atividades recreacionais</i>	58
4. MARCO REFERENCIAL	60
4.1. <i>Conceitos que irão orientar a prática assistencial</i>	61
4.2. <i>Processo de enfermagem</i>	63
5. METODOLOGIA	65
5.1. <i>Local do estágio:</i>	65
5.2. <i>O C.T.D. têm como finalidade</i>	65
5.3. <i>A clientela.</i>	66
5.4. <i>Plano de ação</i>	70
6. RELATO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS.	75
6.1 <i>Objetivo 1</i>	75
6.2 <i>Objetivo 2</i>	97
6.3 <i>Objetivo 3</i>	105
6.4 <i>Objetivo 4</i>	110

6.5 Atividades desenvolvidas e não previstas	115
7. ENFRENTANDO NOSSOS ESTRESSORES	125
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
10. ANEXOS	134

RESUMO

Trata-se do relatório da prática assistencial desenvolvido na disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. A prática foi realizada no Centro de Tratamento Dialítico do Hospital Universitário, estendendo-se à visita domiciliar e à visita à outros centros de tratamento dialítico. Este relatório descreve as atividades desenvolvidas pelos acadêmicos Geandry Márcia B. de Souza, Joel José Luiz e Maliuda Kiomi Okuda, no período de 27 de março a 06 de junho de 2000. O objetivo principal do trabalho foi prestar assistência de enfermagem aos clientes com Insuficiência Renal Crônica, focalizando os estressores e o enfrentamento da condição crônica de saúde, orientado pela teoria de Richard Lazarus e Susan Folkman, buscando integrar atividades assistenciais, de ensino e de pesquisa. Através desse trabalho foi possível compreender o significado da doença renal crônica e as estratégias que as pessoas utilizam para enfrentá-la.

Percebemos a necessidade de uma assistência diferenciada que minimizem os estressores do cotidiano das pessoas que vivem nesta condição.

1. INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (T.C.C.), tem por objetivo relatar a prática assistencial referente a disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, desenvolvida na 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (U.F.S.C). Nossa prática foi realizada no Centro de Tratamento Dialítico (C.T.D.) do Hospital Universitário (H.U.).

Este trabalho foi desenvolvido pelos acadêmicos Geandry Márcia Barbosa de Souza, Joel José Luiz e Maliuda Kiomi Okuda, no período de 27 de março a 06 de Junho de 2000, que teve como principal objetivo: Prestar Assistência de Enfermagem aos clientes com Insuficiência Renal Crônica (I.R.C.) em Tratamento Dialítico no C.T.D. – H.U., focalizando os Estressores e Enfrentamento da Condição Crônica de Saúde. A orientadora do trabalho foi a Enfermeira Doutora Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, professora do Departamento de Enfermagem da U.F.S.C. e a supervisora a Enfermeira Ângela Luckner Goulart, chefe do C.T.D.- H.U..

Teve como suporte teórico a Teoria do Enfrentamento de Richard Lazarus e Susan Folkman, visando juntamente com o cliente renal desenvolver estratégias mais efetivas para enfrentar os estressores decorrentes da sua condição crônica de saúde.

Ao nos encontrarmos frente ao desafio de escrever um T.C.C., este nos levou a pensar em outros desafios que vivenciamos enquanto acadêmicos de Enfermagem. Ao longo do curso tivemos contato com os clientes com problemas crônicos de saúde e percebemos que estes eram assistidos pela Enfermagem quase que exclusivamente nos aspectos técnicos, deixando em segundo plano o aspecto emocional e da própria vivência da doença. Isto nos fez refletir

sobre a importância do papel da Enfermagem, que deve estar mais próxima do cliente, dando apoio emocional, esclarecendo dúvidas acerca da sua doença e de seu tratamento.

Ao olharmos as pessoas com I.R.C. em tratamento dialítico, percebemos que elas passam por diversas etapas decorrentes de seu tratamento, desde a manipulação dos tecidos para confecção de uma fístula artério-venosa (F.A.V.) até a introdução de catéteres para fornecer uma via de acesso e também inúmeras punções com agulhas de grosso calibre para tratamento numa máquina de hemodiálise, além de serem submetidos à várias outras limitações como alimentação e atividades físicas. Nosso interesse na área intensificou-se a medida que decorreu o estágio e tomamos maior conhecimento sobre o assunto. Outros motivos que nos motivaram neste estudo, foi a percepção da importância de atuação da Enfermagem na prevenção de complicações decorrentes do tratamento, na amenização do estresse e da ansiedade provocada pela própria doença, vivenciar uma condição crônica de saúde pode ser ameaçador e desafiador tanto para o próprio indivíduo como para seus familiares (Hymovich & Hagopian apud Martins, 1995).

Todos os momentos de nosso projeto foram desenvolvidos de forma participativa, buscando unir nossos interesses às necessidades do cliente e do campo de estágio. Desta forma o nosso projeto teve como enfoque principal a assistência aos clientes, onde trabalhamos tanto os aspectos físicos como os emocionais, destacando a educação e saúde. Outro enfoque esteve voltado para a organização do setor, onde tentamos contribuir para reestruturação e sistematização da documentação do setor, juntamente com a Enfermeira da unidade, além de buscar conhecer e analisar outras estruturas e estratégias voltadas para o tratamento dialítico. Destacamos ainda a visita a outros três Centro de Tratamento Dialítico, localizados nas cidades de Curitiba - PR e Joinville - SC.

Uma outra abordagem dada em nosso projeto, esteve voltada para investigação de quais estressores interferem na qualidade de vida das pessoas que prestamos cuidados. Este enfoque foi uma primeira aproximação com um trabalho de pesquisa, que foi complementado por outra atividade junto ao grupo estruturado de pesquisa o NUCRON.

2. OBJETIVO GERAL

Prestar Assistência de Enfermagem aos clientes com Insuficiência Renal Crônica no Centro de Tratamento Dialítico do Hospital Universitário (C.T.D / H.U), focalizando os estressores e o enfrentamento da condição crônica de saúde.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo 1:

Prestar Assistência de Enfermagem direcionada à facilitar o enfrentamento dos estressores decorrentes da situação crônica de saúde.

Objetivo 2:

Ampliar a compreensão dos aspectos fisiopatológicos; administrativos e tecnológicos (equipamentos), envolvidos no Tratamento Dialítico .

Objetivo 3:

Identificar os principais estressores que interferem na qualidade de vida das pessoas com Insuficiência Renal Crônica (I.R.C.), em Tratamento Dialítico no H.U.

Objetivo 4:

Participar de atividades que integram Assistência, Ensino e Pesquisa à pessoas com I.R.C. .

3. REVISÃO LITERÁRIA

O presente capítulo aborda uma revisão literária sobre os principais temas que foram trabalhados neste relatório. Incluímos uma revisão sobre o conceito de enfrentamento e de qualidade de vida, uma vez que são conceitos relativamente novos na Enfermagem. Acrescentamos um resumo de anatomia, de fisiologia renal e dos aspectos patológicos envolvidos na Insuficiência Renal. Abordamos também a Assistência de Enfermagem aos clientes renais e destacamos a Educação em Saúde, considerando sua relevância para este projeto.

Desse modo a revisão literária nos deu suporte para o desenvolvimento e implementação do nosso Prática Assistencial, considerando que optamos por trabalhar com pessoas que tem uma doença crônica, a Insuficiência Renal e que estão submetidos a um tratamento especial, o Dialítico, que requer um conhecimento mais aprofundado, considerando a complexidade da mesma.

3.1. ENFRENTAMENTO

Através de um modelo fenomenológico transacional de enfrentamento têm influenciado o pensamento de muitos pesquisadores. Definem enfrentamento como um processo dinâmico através do qual o indivíduo maneja as demandas do seu relacionamento com o ambiente, seus conceitos que são avaliados em função do estresse que causam e da emoção que geram. O enfrentamento pode ser: focalizado no problema que se refere aos esforços para gerenciar ou alterar o problema ou seja melhorar o relacionamento da pessoa com seu ambiente; e pode estar focalizado na emoção, que é a tentativa de aliviar ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo. Os dois ocorrem simultaneamente, e um facilita o outro (Lazarus & Folkman, 1984).

Para Hymovich & Hagopian apud Martins (1995), o enfrentamento da condição crônica de saúde focalizado no problema pode ser feito utilizando as seguintes estratégias de enfrentamento: procurando informações, adquirindo habilidade, procurando e usando recursos, monitorizando a condição ou se auto monitorizando (aderindo a terapia), e na vida da família. O enfrentamento focalizado na emoção, utiliza estratégia tais como: buscando explicação para o que está acontecendo, atribuindo causas e resultados à condição crônica, fazendo comparações, usando mecanismo de defesa, mantendo a esperança, comunicando pensamentos e sentimentos, e aceitando, recusando e dando suporte.

Outro autor que propõe uma definição do enfrentamento é Menguel (1982) que se aproxima, de certa forma, da proposta de Lazarus & Folkman. Para este autor, enfrentamento é "o conjunto de comportamento - consciente ou inconscientes - que uma pessoa adota quando enfrenta estresse. Eles são parte do esforço da pessoa para mudar a situação para melhor e para conduzir as emoções resultantes do estresse. Segundo este autor o enfrentamento é visto como um fenômeno que tem variáveis biológicas, psicológicas e sociais.

Para Miller (1983), a doença afeta o indivíduo de maneira única, ímpar. Mas a situação de cronicidade, determina ao indivíduo experimentar conflitos de longa duração e com mudanças significativas no estilo e qualidade de vida, exigindo ajustes constantes à esta nova condição de vida. Esta condição de cronicidade exige por parte do indivíduo que ele desenvolva comportamentos para enfrentar os desafios resultantes. A doença crônica tem sido considerada estressora em si mesma e também fonte novos estressores, desafiando constantemente os indivíduos a enfrentarem conflitos de longa duração.

Saunders & Mccorkle (1987), também apresentam uma visão geral da teoria de Lazarus, destacando que cada pessoa tem uma percepção única da situação, incorporando uma ordem de expectativas que resultam em uma única perspectiva da situação para cada indivíduo. Estas perspectivas emergem de fontes multidimensionais: experiências passadas com situações reais, conjunto de

emoções no tempo, valor do que é importante na vida, nível de educação, tarefa desenvolvimentista, outras demandas atuais na vida, confiança nos recursos próprios.

Pearlin & Shooler apud Silva (1990), se referem ao enfrentamento como alguma coisa que as pessoas fazem para evitar serem atingidas por tensões da vida cotidiana, muitas das quais são socialmente determinadas. Os mesmos autores referem ainda que o entendimento do enfrentamento é pré-requisito para compreender o impacto que as sociedades exercem sobre as pessoas. O enfrentamento é inseparável, tanto das tensões experimentadas pelas pessoas no seu contexto social, como na sua vida profissional e interior. Os autores esclarecem o seu significado, definindo-o como a maneira que as pessoas utilizam para evitar os prejuízos decorrentes das tensões do dia-a-dia.

Lazarus & Folkman (1984), afirmam que cada pessoa tem uma percepção individual da situação. Uma pessoa pode avaliar uma situação como ameaçante ou apavorante, enquanto outra pessoa pode avaliar a mesma situação como excitante e desafiante. Isto significa que o que determina se um evento ou condição pode ser estressor, depende do significado que ele tem para o indivíduo e dos recursos que ele dispõe para enfrentar esta situação.

Miller (1983), afirma que o indivíduo que tem uma doença crônica precisa enfrentar alguns desafios resultantes de sua doença. De acordo com esta autora, desafios são as mudanças que ocorrem na vida do indivíduo em situação crônica de saúde que precisam ser encaradas e resolvidas para que ele preserve a integridade, restaure ou mantenha um auto-conceito positivo e funcione efetivamente nos seus relacionamentos e papéis. As pessoas cronicamente doentes esperam que os Enfermeiros as ajudem a enfrentarem seus problemas de saúde de longa duração. Os Enfermeiros precisam identificar as maneiras de enfrentamento do indivíduo e determinar a efetividade do comportamento escolhido pelo paciente e também ajudá-lo a descobrir seu próprio repertório de enfrentamento.

Hymovich & Hagopian apud Martins (1995), reforçam que vivenciar uma condição crônica de saúde pode ser ameaçador e desafiador tanto para o próprio indivíduo como para seus familiares. Entende que ela abala todos os aspectos da existência do ser humano, tanto físico, emocional, social, financeiro, quanto espiritual, mas ao mesmo tempo ela representa um desafio a superar, dentro de um novo estilo de vida, que se estende ao longo do tempo exigindo contínuos ajustamentos e reajustamentos, a avaliação e reavaliação. referem-se as estratégias de enfrentamento como os meios comportamentais, cognitivos e afetivos que o indivíduo/grupo utiliza para minimizar ou aliviar o estressor.

Trentini & Silva (1992), acreditam que, quando há harmonia entre as estratégias de enfrentamento e o significado do estressor/orientação de vida, força e necessidade o resultado do enfrentamento será mais efetivo. Entendem que o indivíduo ou grupo em condição crônica é saudável a medida que alcança resultados efetivos no seu processo de enfrentamento as estratégias que utilizam podem remover ou diminuir os estressores ou modificar o seu significado.

Em relação ao enfrentamento, um estudo realizada por Viney e Westbrook (1982), que investigou as preferências dos pacientes por estratégias de enfrentamento, as mudanças nestas preferências e suas associações com diferentes padrões de reações psicológicas, revelou que as estratégias de enfrentamento eram classificadas da seguinte maneira: estratégias de ação de fuga, de fatalismo, de controle, de otimismo e interpessoais. Esta pesquisa foi dividida em três etapas.

Na primeira, foram entrevistados 92 pacientes crônicos e 62 indivíduos sadios, durante a internação hospitalar ou no ambulatório, tendo como objetivo verificar as diferenças nas preferências por essas estratégias entre pessoas lidando com doenças crônicas e pessoas não lidando com doenças crônicas. Os indivíduos cronicamente doentes preferiram mais estratégias de ação, seguidas por controle, otimismo, enfrentamento interpessoal, fuga e fatalismo. Para os indivíduos que não estavam doentes a preferência maior também recaiu sobre as estratégias de ação, seguindo-se o enfrentamento interpessoal, controle, fuga, otimismo e fatalismo. Estes dados sugerem que os pacientes crônicos empregam

mais estratégias de otimismo do que os indivíduos sadios. A segunda etapa do estudo visava testar as diferenças nas preferências de pessoas enfrentando diferentes tipos de doenças crônicas e mudanças nas preferências em diferentes situações. Utilizou uma amostra de 46 pacientes do primeiro estudo, sete meses após a alta e, do total da amostra, 65% dos pacientes apresentavam problemas cardíacos crônicos e 16% outras doenças crônicas como: desordem do sistema circulatório sem envolvimento do coração, desordem do sistema nervoso, genito-urinários e outros.

Os resultados mostraram que houve diferença nas preferências dos pacientes com diferentes tipos de doenças crônicas. Os cardíacos crônicos preferiam mais estratégias de otimismo e usaram menos estratégias de fuga do que os outros pacientes com doenças crônicas. Concluíram também que, diferentes situações podem alterar as preferências por estratégias de enfrentamento, ou seja, enquanto hospitalizados, os doentes crônicos usaram estratégias de otimismo e menos de fatalismo, porém, quando em casa, as preferências se alteravam, sendo fatalismo a mais utilizada e otimismo a menos utilizada.

A terceira etapa do estudo teve como objetivo testar a associação entre preferências por estratégias de enfrentamento e um conjunto de reações emocionais decorrentes da doença crônica. A amostra foi constituída pelos pacientes da primeira etapa, enquanto hospitalizados, e pelos pacientes da segunda etapa, cujos dados foram coletados no domicílio. Foi incluída na entrevista uma questão sobre as experiências atuais da vida para verificar como eles estruturavam estas experiências para o enfrentamento da própria doença. Foram utilizados elementos emocionais relatados em outro trabalho e aplicados a este estudo, entre eles: incerteza, ansiedade, depressão, raiva expressada diretamente, raiva expressada indiretamente, competência, desamparo, sensibilidade e bons sentimentos.

Os resultados confirmaram a associação entre preferências por estratégias de enfrentamento e reações emocionais, sendo que, preferências por estratégias de ação foram associadas com pouco "incerteza" e, em menor extensão, expressa diretamente "raiva". As estratégias de "fuga" apareceram associadas com "raiva expressada indiretamente" e muita "ansiedade". Estratégias de

“controle” foram associadas com “incerteza”, mas com pouca “raiva expressada indiretamente” e “bons sentimentos”.

As estratégias de enfrentamento também foram categorizadas por Silva (1990), ao realizar um estudo exploratório, visando identificar os desafios decorrentes das condições crônicas de saúde e as maneiras de enfrentamento a estes desafios; com o qual chegou a propor um modelo para orientar a enfermagem no atendimento à indivíduos em condições crônicas de saúde. Neste estudo, a autora nomeou os estressores como desafios. Os resultados referentes aos desafios foram agrupados em três categorias: *Novas Incumbências*, *Perdas* e *Ameaças*. Como estes desafios foram enfrentados de diferentes maneiras, originaram também diferentes categorias para o enfrentamento.

No desafio categorizado como “*Novas Incumbências*”, incluem-se: “*ter que fazer o regime de tratamento*” (fazer a dieta, tomar os remédios, fazer repouso e exercícios), que os pacientes enfrentaram participando ativamente do tratamento, resistindo em participar do tratamento e tendo ajuda; “*lidar com os desconfortos físicos*” (dor, cansaço, falta de ar, alterações no sono, tontura, entre outros) eram enfrentados procurando controlar os desconfortos e tendo ajuda; “*procurar conhecer sua doença*”, o indivíduo enfrentava buscando informações, não buscando informações e recebendo explicações (Silva, 1990).

No desafio categorizado como “*Perdas*”, incluem-se: “*perder a capacidade física*” (trabalho e/ou de locomoção) que era enfrentada parando com as atividades físicas, procurando se adaptar e tendo ajuda; “*perder as atividades de lazer*” (não podendo sair de casa para se divertir) era enfrentado deixando de participar das atividade de lazer e procurando se adaptar às perdas; “*ter perdas nos relacionamentos sociais*” (família e amigos) foi enfrentado pelo paciente isolando-se das atividades sociais e procurando manter os relacionamentos sociais; “*ter perdas financeiras*”, devido principalmente aquisição de remédios, foram enfrentados tendo ajuda da família e entidades públicas, procurando manter o controle da situação, tendo que trabalhar; “*ter que parar de beber e fumar*”, os modos de enfrentamento foram procurando parar de beber e fumar; “*ter perdas no prazer de comer o que gosta*”, foi enfrentado procurando seguir as recomendações relacionadas a dieta ou transgredindo a dieta; para as “*ter perdas*

no relacionamento sexual”, não foram identificados maneiras de enfrentamento (Silva, 1990).

Na categoria “*Ameaça*”, foram incluídos os desafios: “*ter receio sobre sua vida*” (preocupação com a progressão da doença e com a morte), que os indivíduos enfrentaram desejando viver, resignando-se com a situação e esperando o pior; “*preocupar-se com a aparência individual*”, foi enfrentado resignando-se com a situação e pensando positivamente (Silva, 1990).

A condição crônica segundo os vários estudos apresentados, são geradores de desafios e/ou de estressores, exigindo respostas de enfrentamento deste indivíduo, mas não devemos nos esquecer que as enfermidades crônicas afetam também toda a família; não somente os membros da família que se envolvem nos cuidados da doença crônica de um ente querido, como também a vida da família pode ser dramaticamente alterada pela doença crônica, sobretudo se ela é grave. Inversão de papéis, papéis não preenchidos, perda do poder aquisitivo, tempo investido cuidando da doença, diminuição da atividade familiar e da socialização e o custo do tratamento podem criar tensão, estresse e cansaço para a família. O efeito na família pode ser profundo, algumas vezes unindo seus membros, outras separando-os (Smeltzer & Bare, 1998).

O estudo realizado por Souza et al (1997), teve como objetivo identificar o significado de qualidade de vida para a pessoa diabética, reconhecer os aspectos mais influenciados pela doença e o seu grau de satisfação com a vida. Foi realizado no ambulatório de clínica médica de dois hospitais gerais, públicos e de ensino no município de São Paulo.

Participaram do estudo 46 pacientes diabéticos, adultos, de ambos os sexos, vinculados a grupos específicos de tratamento do diabetes mellitus, grupos estes integrados aos ambulatórios dos hospitais citados.

As informações referentes ao estudo foram obtidas por meio de formulário composto por três partes.

A primeira parte incluía dados de identificação. A Segunda, dados relativos ao diagnóstico e tratamento e a terceira parte destinou-se a obtenção de dados

específicos sobre qualidade de vida e o grau de satisfação com a mesma, na perspectiva dos pacientes entrevistados.

Os formulários foram preenchidos através de entrevistas. Os resultados obtidos demonstraram que o significado de qualidade de vida relacionou-se, prioritamente, ao bem estar físico (54,5%), à estabilidade econômica (26,0%), e ao bem estar psico-emocional e espiritual (16,9%). Os aspectos mais afetados pela doença foram trabalho, estudo e atividades do lar (38,5%), capacidade física (25,6%), e relacionamento familiar (10,3%). Quanto ao grau de satisfação com a vida, a maioria dos pacientes (66,6%) considerou-se satisfeita ou muito satisfeita. Ressaltou-se a importância de que, na assistência à pessoa diabética, seja considerada a multidimenssionalidade do conceito de qualidade de vida (Souza et al, 1997).

3.2. ESTRESSE

Atualmente, existem duas hipóteses preocupadas na conceituação do estresse. Estudos iniciais mostraram os estressores, os quais eram normalmente vistos como eventos externos, como maiores mudanças na vida (Holmes & Rahe apud Martins, 1995). Estes funcionaram como um estímulo ao aparecimento de respostas estressantes. Uma proposta alternativa foi a de que, qualquer evento pode ser estressante se ele fosse percebido pelo indivíduo dentro de um contexto particular (Lazarus & Folkman apud Martins, 1995). Foi a avaliação e a interpretação do estressor que determinou a definição que um indivíduo deu para um evento. O tipo de reação está relacionada com a avaliação do medo e da percepção de auto-suficiência e domínio. Da mesma forma, a reação é um processo dinâmico, influenciado pelos recursos existentes, como características de personalidade, suporte social, recursos financeiros e a natureza do estressor.

Lipowski (1970) distinguiu entre dois aspectos das reações; o estilo de reação que foi concebido como um elemento razoavelmente estável e as estratégias de reação que formam uma gama maior de respostas levantadas pelo estresse. Varias estratégias de reação têm sido classificadas como adaptativas ou mal adaptativas, dependendo se elas promoviam o ajustamento. Estas incluem a ativa solução do problema, ou a manipulação emocional e cognitiva para reduzir o

medo. O termo ajustamento tem sido usado ambigualmente e há pouca consistência na sua aplicação.

Pless & Pinkerton apud Martins (1995) sugerem que o ajustamento tem problemas de definição similares à normalidade da palavra. Sendo assim, ele representa um valor de julgamento no qual comportamentos e modos de pensar caracterizariam o ajustamento dentro de uma situação. A negação e a fuga são classificados como mal adaptativos, enquanto aceitação é considerada adaptativa. Isso sugere que as pessoas com uma doença fatal adquirem a aceitação para facilitar uma morte confortada. Estas hipóteses nem sempre tem suporte de dados empíricos. Um ajustamento de sucesso é caracterizado pela ausência de tensão psicológica, retorno às atividades diárias e o estabelecimento, ou manutenção, das relações sociais de sustento.

3.3. QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é então, uma percepção pessoal relacionada às necessidades, particularmente aquelas que aparecem em um determinado período de tempo, em relação à extensão do alcance da satisfação destas necessidades. Qualidade de vida, sobre o ponto de vista individual é a própria meta da transformação humana, sendo impossível a sua qualificação. A descoberta dos atributos da qualidade de vida pode ser obtida por meio de instrumentos com objetivo de predizer intervenções que possam valorizá-la. Afirma ainda que “qualidade de vida não é o que se pensa que é mas o que uma pessoa que vivencia diz que é” (Parse apud Martins, 1995).

Para Nordenfelt apud Silva & Trentini (1999), “qualidade de vida é um conceito subjetivo identificado com felicidade com a vida. Felicidade é definida como uma emoção derivando de um equilíbrio entre as necessidades da pessoa e suas condições de vida, na percepção da própria pessoa (felicidade como equilíbrio). A pessoa tem um alto grau de qualidade de vida quando está feliz com a vida.”

Para Peplau apud Martins (1995), qualidade de vida é uma percepção, uma idéia que os indivíduos desenvolvem após perceberem, observarem e reconhecerem intuitivamente o significado de algo que foi experienciado. Não é a experiência em si, mas a opinião ou julgamento que determina a essência da situação da série de eventos ou da visão que se tem da própria vida em parte ou no todo, durante o período específico da vida. É uma visão objetiva, em pressuposto, uma interferência, decorrente de experiências vivenciadas.

Segundo Silva & Trentini (1999), qualidade de vida inclui uma ampla variedade de condições internas e externas ao indivíduo. As condições externas, oferecem uma “predisposição” às pessoas, no sentido de terem uma vida de qualidade, sem no entanto, ser o fator determinante. A qualidade de vida é, fundamentalmente, definida pelo próprio indivíduo, como uma experiência interna de satisfação e bem-estar com o seu processo de viver. Mesmo tendo todas as condições externas favoráveis, as pessoas podem considerar que não têm qualidade de vida, porém, sem algumas dessas condições externas é bastante difícil a pessoa ter essa qualidade de vida. É um conceito dinâmico no processo de viver das pessoas. A satisfação com a vida e a sensação de bem-estar pode, muitas vezes, ser um sentimento momentâneo. Porém, acreditamos que o investimento das pessoas na conquista de uma vida com qualidade, pode ir sendo construída e consolidada, num processo que inclui a reflexão sobre o que é definitivo para sua qualidade de vida e o estabelecimento de metas a serem atingidas, tendo como inspiração o desejo de ser feliz.

3.4. ANATOMIA E FISIOLOGIA DO RIM

Para melhor compreensão de como a I.R.C. atinge o organismo, fez-se necessário uma revisão das partes que compõem o rim e seu funcionamento.

Os dois rins localizam-se na parede posterior do abdômen, fora da cavidade peritoneal. Cada rim do ser humano adulto pesa cerca de 150 gramas e tem aproximadamente o tamanho de um punho fechado. A borda medial de cada rim contém uma região denteada, denominada hilo, através da qual passam as

artérias e as veias renais, os vasos linfáticos, o suprimento nervoso e o ureter que transporta a urina do rim para a bexiga, onde é armazenada até ser eliminada. Quando o rim é seccionado em dois de cima para baixo, as duas principais regiões que podem ser observadas são: o córtex externo que apresenta uma porção de cor avermelhada e uma porção amarelada pálido, esta porção cortical possui túbulos e glomérulos e a porção medular que é uma região interna e só possui túbulos. A medula renal é dividida em múltiplas massas de tecido em forma de cone, denominadas pirâmides renais. A base de cada pirâmide origina-se na borda entre o córtex e a medula e termina na papila, que se projeta no espaço da pelve renal, uma continuação em forma de funil da extremidade superior do ureter. A borda externa da pelve é dividida em sáculos abertos denominados cálices principais, que se estendem para baixo e se dividem em pequenos cálices, que coletam a urina proveniente dos túbulos de cada papila. As paredes dos cálices, a pelve renal e o ureter contêm elementos contráteis que propõem a urina em direção à bexiga, onde a urina é armazenada até ser eliminada através da micção (Guyton & Hall, 1998, p.191).

3.5. INSUFICIÊNCIA RENAL

A Insuficiência Renal ocorre quando os rins são incapazes de remover as escórias metabólicas do corpo ou realizar suas funções reguladoras. Pode ser classificada como aguda ou crônica dependendo da rapidez de sua instalação e da subsequente evolução da azotemia (Smeltzer & Bare, 1998, p. 1017).

3.5.1. Insuficiência renal aguda (I.R.A.)

É uma síndrome clínica caracterizada por diminuição abrupta da função renal, usualmente manifestada por oligúria ou anúria. Entende-se por oligúria, o volume urinário inferior a 400 ml nas 24 horas para o indivíduo adulto. Considera-se como anúria quando a diurese é inferior a 50 ml nas 24 horas.

Há casos de I.R.A. que cursam sem oligúria, a diurese sendo normal ou mesmo aumentada, o que , de certo modo, dificulta o seu reconhecimento.

Apesar dos recursos terapêuticos modernos e do melhor conhecimento dos diferentes aspectos da fisiopatologia da síndrome, a I.R.A., embora muitas vezes reversível, ainda hoje apresenta elevada mortalidade (Smeltzer & Bare, 1998, p.1017).

3.5.2. Insuficiência renal crônica

A Insuficiência Renal Crônica é uma deteriorização progressiva, irreversível, da função renal, na qual a capacidade do organismo de manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico falha, resultando em retenção de uréia e de outros produtos nitrogenados no sangue (uremia). Pode ser causada por doenças sistêmicas como o Diabetes Mellitus, Glomerulonefrite Crônica, Pielonefrite, Hipertensão não controlada, Obstrução do Trato Urinário, Lesões Hereditárias, como a Doença Renal Policística, Distúrbios Vasculares, Infecções, medicamentos ou agentes tóxicos. Os agentes ambientais e ocupacionais implicados na Insuficiência Renal Crônica incluem o chumbo, cádmio, mercúrio e cromo. Eventualmente, torna-se necessário diálise ou transplante renal para a sobrevivência do paciente (Smeltzer & Bare, 1998, p.1021).

3.5.3. Causas da Insuficiência Renal Crônica

- Pré-renal:

Qualquer distúrbio no organismo que vem antes do rim. Ex: Choque, Desidratação, Hipovolemia, Hiponatremia grave, Insuficiência Cardíaca, Hipotensão Arterial (Riella, 1996).

- Pós-renal:

Qualquer distúrbio no organismo que está abaixo do rim. Ex: Cálculo Urinário, Irradiações de Neoplasias, Tumores Ginecológicos, Hipertrofia, Tumor Genitourinário, Malformação Urinária (Riella, 1996).

- Causas renais:

Qualquer distúrbio no próprio rim. Ex: Trombose das veias e artérias renais, Necrose Tubular Aguda.

POSSÍVEIS CAUSAS DE PROGRESSÃO DA I.R.C	
1.	Infecção urinária
2.	Obstrução do trato urinário
3.	Hipertensão arterial
4.	Distúrbio de cálcio e fósforo (hiperfosfatemia)
5.	Hiperuricemia
6.	Hiperfiltração glomerular
7.	Resposta Imune
8.	Dislipidemia.

3.5.4. Fisiopatologia da insuficiência renal crônica

Apesar da heterogeneidade das lesões estruturais os néfrons de rins cronicamente doentes continuam sendo capazes de regular a homeostase de uma maneira organizada, seguindo os estímulos fisiológicos usuais. Isto ocorre porque os néfrons sobreviventes aumentam a sua capacidade funcional. Cada néfron - do mais lesado com funcionamento precário, até o inteiramente preservado - aumenta a filtração glomerular e o transporte tubular, na tentativa de minimizar os efeitos da destruição renal sobre o funcionamento do organismo.

Embora os néfrons doentes filtrem e reabsorvam quantitativamente menos, mesmo assim conseguem aumentar seu funcionamento em resposta aos mesmos estímulos que atuam sobre os néfrons ainda intactos, isto é, cada néfron doente ou normal continua respondendo de uma maneira ordenada às necessidades do organismo. Estas observações deram origem à "hipótese dos néfrons intactos".

Essa estabelece que do ponto de vista regulatório todos os néfrons, inclusive os doentes se comportam como se fossem normais. Se por acaso, o néfron individual tem sua função glomerular ou tubular prejudicada por destruição estrutural, os seguimentos sadios restantes daquele néfron apresentam alterações funcionais, proporcionais e concomitantes para que o néfron continue

funcionante de forma organizada. A massa total de néfron funcionante, doentes e normais, apresenta homogeneidade de balanço glomérulo-tubular, adaptações apropriadas das funções glomerulares e tubulares e continuam a responder às necessidades no paciente. Somente quando existe uma redução crítica no número de néfrons funcionantes é que os poucos néfrons remanescentes, mesmo hiperfuncionantes, não conseguem mais sustentar a função renal e o paciente desenvolvem a síndrome da uremia.

Uma outra hipótese, a “hipótese do preço a pagar”, diz que a excreção de soluto pelo rim depende de 4 componentes.

- um sensor que percebe as alterações de concentração no plasma;
- um sistema de controle que integra os dados;
- um sistema efetor que leva a mensagem até as células renais.
- as células renais que recebem a mensagem e realizam a tarefa.

A medida que a doença renal progride o sistema efetor necessita aumentar o estímulo para obter a mesma resposta renal. Em um determinado ponto o nível de hormônio efetor se eleva tanto que passa a influenciar o tecidos extra-renais de forma deletéria, contribuindo para as anormalidades da síndrome urêmica (Bevilacqua et al, 1995, p.441).

3.5.5. Fisiopatologia da Síndrome Urêmica

A uremia corresponde ao estágio final da Insuficiência Renal Crônica. Quando o complexo desequilíbrio metabólico apresentado por estes pacientes aflora ao horizonte clínico ao longo dos anos, as manifestações clínicas da urêmia têm sido atribuídas a diversos fatores.

Tradicionalmente tenta se associar a síndrome urêmica com a retenção orgânica dos compostos tóxicos normalmente excretados pelos rins - as “toxinas urêmicas”. De certo modo, substâncias como água, sódio, potássio, hidrogênio e os íons divalentes, se consideradas “toxinas”, determinam muitas das manifestações clínicas dos pacientes com IRC. Entretanto, outros compostos compõem a lista de substâncias suspeitas. A uréia foi o primeiro composto a ser apontado e, inclusive, deu um nome “uremia ao estágio terminal da IRC “ (Bevilacqua et al, 1995, p. 446). A uréia é um produto final do metabolismo

protéico (tanto muscular quanto da ingesta alimentar). A degradação dos aminoácidos produz grandes quantidades de amônia que são convertidas em uréia e excretadas na urina. A uréia normal é de 10 a 20 mg/dl. O nível de uréia varia com o débito urinário (Smeltzer & Bare, 1998, p.180).

3.5.6. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Manifestações Cardiovasculares

Hipertensão Arterial invariavelmente ocorre nos estádios mais avançados da Insuficiência Renal Crônica e, na grande maioria das vezes, é resultado de um volume circulante excessivo, podendo ser controlada com medidas que diminuam esse volume, tais como: redução da ingesta de sódio, diuréticos potentes e remoção de líquido pela diálise. A expansão do volume extracelular aumenta o débito cardíaco e causa hipertensão, mas também pode aumentar a resistência periférica, através do aumento da sensibilidade do leito vascular aos efeitos pressóricos da angiotensina II, alfa1-agonistas ou outros hormônios que aumentam o cálcio intracelular e o tônus do músculo liso vascular aos hormônios pressóricos. Este fator seria produzido no hipotálamo em resposta a uma expansão de volume.

Hipertensão Arterial ou Primária ou Essencial é aquela na qual, mesmo após uma investigação clínica e laboratorial detalhada, não se consegue encontrar qualquer doença ou causa subjacente (Riella, 1996, p.510).

• Fatores de Risco da Hipertensão Arterial

São chamados "fatores de risco" para se desenvolver hipertensão arterial certos elementos que tendem a aumentar a probabilidade individual ou populacional de elevar a pressão arterial, ou seja, "fatores de risco" são aqueles não relacionados com qualquer doença renal.

Um primeiro grupo de fatores de risco está relacionado a elementos pessoais nos quais raramente podemos intervir, ou seja, os que envolvem hereditariedade, etnia, idade e sexo. Um outro grupo de fatores de risco está

relacionado às condições de vida dos indivíduos acometidos e, nestes sim, temos possibilidade de intervir os quais envolvem o consumo exagerado do sal, a obesidade, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a vida sedentária, o estresse e o fumo.

No rim existe um Sistema Renina Angiotensina completo que gera a angiotensina II localmente. A angiotensina é um peptídeo que tem um papel chave na regulação da pressão arterial e no balanço de sódio e água em resposta a alteração do volume extracelular ou da pressão sanguínea sistêmica. Não há dúvida que a infusão de angiotensina leva à hipertensão arterial por induzir vasoconstrição, além de aumentar o volume intravascular mediado pela aldosterona (Riella, 1996, p.510).

- **Conseqüências da Hipertensão Arterial**

Na maioria das vezes, tem uma instalação lenta e gradual, vão ocorrendo várias adaptações, principalmente no sistema cardiovascular, em resposta à elevação pressórica. Algumas destas adaptações não trazem conseqüências clínicas de imediato. A longo prazo, porém, implicam sérios riscos de morbidade cardiovascular. De uma maneira geral, o indivíduo hipertenso irá apresentar mais precocemente e em grau mais acentuado a doença aterosclerótica e todas as suas possíveis conseqüências. Além da aterosclerose (comprometendo artérias de maior calibre), a hipertensão lesa também as pequenas artérias e arteríolas. O espessamento da parede vascular (hipertrofia e hiperplasia da camada muscular e replicação da lâmina elástica interna) é a marca registrada da hipertensão sobre as arteríolas (arteriosclerose). Este espessamento da parede arterial, além de contribuir para aumentar a resistência periférica, perpetuando o processo hipertensivo, pode ser tão grave a ponto de comprometer o fluxo sanguíneo para órgãos importantes como os rins e musculatura cardíaca (Riella, 1996).

- **Segundo Riella (1996) As Conseqüências Clínicas da Hipertensão Arterial são:**

- **Cerebrais**

- Encefalopatia hipertensiva
- Acidente vascular encefálico (AVE).
- Isquêmico ou trombótico
 - Hemorrágico
 - Lacunar
- Episódio isquêmico transitório.
- **Cardíacas**
- Miocárdicas
 - Hipertrofia ventricular esquerda (HVE)
 - Fibrose e dilatação
 - Insuficiência cardíaca congestiva
 - Edema agudo de pulmão
- **Coronárias**
- Angina e infarto do miocárdio
- Arritmias (associados a AVE)
 - Extra-sístoles ventriculares isoladas
 - Arritmias ventriculares complexas
 - Fibrilação ventricular- morte súbita
- **Renais**
- Arterial
 - Placa aterosclerótica- hipertensão renovascular
- Arteriolar
 - Arteriolesclerose- Nefrosclerose “benigna”
 - Necrose fibrinóide e endarterite proliferativa
 - Glomerular
- Glomerulesclerose progressiva- Insuficiência Renal Crônica
- **Retinianas**

Outras Lesões arteriais

- Obstrução arterial periférica
 - Território aorto-ilíaco-femoral - Claudicação intermitente
 - Outros territórios- carotídeo e mesentérica

- **Aneurismas**

- Território aorto ilíaco-femoral
- Aneurisma dissecante da aorta
- Úlceras hipertensivas (isquemia distal)

- **Comprometimento Renal da Hipertensão Arterial**

A Hipertensão Arterial compromete principalmente as estruturas vasculares renais (artérias, arteríolas e capilares glomerulares). A instalação de placa aterosclerótica nas artérias renais pode ser complicação e também um agravante da hipertensão que, às vezes, adquire caráter renovascular (desde que a obstrução seja suficiente para causar isquemia renal). Nas arteríolas e glomérulos que ocorrem as conseqüências mais sérias da hipertensão arterial sobre os rins. A parede das arteríolas renais sofre espessamento das camadas muscular e elástica reduzindo o fluxo efetivo para as estruturas a jusante. Esta isquemia promove a liberação de renina, agravando ainda mais a hipertensão e comprometendo a filtração glomerular. Do ponto de vista estrutural glomerular, a esclerose progressiva dos glomérulos é um achado característico da hipertensão. O aumento da pressão intraglomerular e o hiperfluxo promovem, por mecanismos não identificados, a esclerose parcial ou total dos glomérulos. A conseqüência das lesões arteríolares e glomerulares é a queda lenta e progressiva da filtração glomerular e a correspondente perda da função renal (I.R.C). Já a Secundária ocorre quando uma doença pré-existente é que, acarreta a elevação da pressão arterial (Riella, 1996).

- **Arterioesclerose, Síndrome do Olho Vermelho e Convulsões**

É uma complicação da Insuficiência Renal e da liberação do fósforo tissular após trauma ou catabolismo severo. A hiperfosfatemia acontece quando o ritmo de filtração glomerular cai em torno de 20 a 25 ml/min. mantendo-se uma ingesta normal de fósforo. Estes processos de deposição são vistos quando os produtos cálcio e fósforo, apresentam o valor de 70 ml/min (valor normal 40 ml/min). A calcificação se dá nos vasos sangüíneos, pulmões, córneas, rins, pele e mucosas podendo acelerar nos pacientes em hemodiálise a arteriosclerose (Riella, 1996, p. 457- 516).

Manifestações Gastrointestinais

Os sintomas mais comuns são a anorexia, náuseas e vômitos. Devem-se em parte ao aumento da pressão peristáltica por irritabilidade da musculatura lisa do aparelho digestivo. Pelo fato das mucosas internas possuírem pequenas ulcerações, comuns na uremia crônica. Poderão apresentar hematêmese e melena. Náuseas pela manhã ou pós-prandiais é o habitual. Alguns se queixam de um gosto metálico e apresentam hálito amoniacal (hálito urêmico). Algumas vezes, o gosto metálico traduz hipercalcemia., sendo que está não é freqüente na I.R.C., mas pode ocorrer nas seguintes circunstâncias: piora da nefropatia acarretando origúria intensa, ingesta excessiva de potássio através de medicamentos que contém potássio ou substância que substituam o sal, estados hipercatabólicos que reduzem a capacidade do potássio, administração de drogas retentoras do potássio.

Caracterizam um quadro de gastroenterite urêmica. Pode ocorrer estomatite, gastrite, duodenite, ileíte, colite e proctite. Sangramento pode ocorrer a qualquer nível do trato gastrointestinal. A maior parte desses sintomas melhora com o tratamento dialítico. A mucosa gastrointestinal revela edema, hiperemia capilar, angiodisplasia, ulcerações parecem estar relacionadas aos níveis de uréia plástica.

A uréia é difusível no lúmen do trato alimentar, onde é convertida em amônia e dióxido de carbono pela urease bacteriana. De maneira geral, há maior incidência de úlcera péptica em renais crônicos, apesar de, teoricamente, a alta concentração gástrica de amônia servir como tampão. A secreção ácida basal do estômago e mesmo após estimulação tem sido ressaltada como normal, alta e baixa. Secreção baixa foi atribuída à doença da mucosa gástrica ou ao efeito-tampão da amônia. Secreção alta foi relacionada ao hiperparatireoidismo secundário. Como o rim é o principal local de inativação de gastrina, é possível que os níveis elevados de gastrina sejam devidos à redução do clearance renal.

Alguns pacientes em diálise crônica desenvolvem ascite. O líquido ascítico se acumula na ausência de processo infeccioso ou maligno intraperitoneal. A concentração de proteína no líquido é geralmente elevada. A princípio, acreditou-se que a diálise um maior número de pacientes em diálise, com ascite, eliminou

esta possibilidade. Até o momento, desconhece-se a causa deste acúmulo de líquido intraperitoneal. É possível que isto seja tradução da polisserosite que acompanha os pacientes urêmicos (efusão pleural, pericardite e ascite) (Riella, 1996, p 465 - 466).

Manifestações Neurológicas

Entre as manifestações mais precoces da encefalopatia urêmica estão as alterações do estado de alerta e consciência do meio ambiente. Estão fatigados, preocupados e apáticos. A capacidade de concentração está alterada, por vezes, nota-se o mesmo com relação à memória, e até mudanças no comportamento, humor, sinais de irritabilidade e distúrbio do sono (Riella, 1996).

- **Asterixe**

É um sinal quase sempre presente quando a função sensorial está deprimida no paciente urêmico. É um sinal que traduz apenas uma encefalopatia metabólica, sem especificar a etiologia (Riella, 1996, p.466).

- **Síndrome da Perna Inquieta**

Comumente ocorre em urêmicos e provavelmente indica comprometimento dos nervos periféricos pelo processo urêmico. Caracteriza-se por uma sensação de desconforto nos pés e pernas, sensação de prurido e picadas, pior a noite e aliviada pela movimentação freqüente dos membros.

Queimação nos pés e câimbras musculares são outros sintomas que podem traduzir neuropatia urêmica. Os sinais usuais de neuropatia urêmica são: diminuição da sensibilidade vibratória nos membros inferiores e perda dos reflexos tendinosos profundos (Riella, 1996, p.466).

- **Alteração do Comportamento**

É um sinal de encefalopatia urêmica, que pode ocorrer tanto na uremia aguda como na crônica se a diálise é retardada. Suas manifestações inicialmente podem ser súbitas: diminuição do afeto, irritabilidade e mau relacionamento com os outros. Com a piora do grau de uremia, o paciente passará de um estado de lassitude para outro de desorientação, confusão e possível delírio com psicose. Pré-terminalmente o paciente se torna estuporoso e finalmente comatoso (Riella, 1996, p. 466- 467).

- **Síndrome do Roubo**

A introdução de fistulas arteriovenosas para diálise pode determinar sintomas limitados ao antebraço onde foi implantada. A diferença de pressão gerada pela fistula pode determinar síndrome do roubo sangüíneo nos nervos, apesar da grande resistência que os mesmos têm à isquemia. Como sintomas podemos encontrar parestesias em forma de queimação e raramente disfunções motoras (Riella, 1996, p.491).

- **Edema**

É uma manifestação comum em nefropatias. O edema presente nos pacientes portadores de nefropatia tem sido explicado por dois mecanismos diferentes. Nos pacientes portadores de nefropatia sem hipoalbuminemia, ele tem sido imputado à retenção primária de sódio pelo rim lesado com aumento da volemia, aumento da pressão hidrostática intravascular e extravasamento de líquidos para o interstício, com conseqüente aparecimento de edema. Pode-se caracterizar dois tipos de edema renal:

- **Generalizado:** É a anasarca comumente descrita, em que os pacientes se apresentam com edema de face, de extremidade superiores e inferiores e acúmulo de líquidos nas cavidades pleural e abdominal.

- Um edema renal de menor intensidade; que atinge predominantemente o rosto e é encontrado nas glomerulonefrites agudas. Onde há uma redução de sódio excretado, devido a um aumento da reabsorção tubular de sódio (Riella, 1996, p. 186- 187).

- **Manifestações Ptero-Pumonares**

- **Pericardite**

Refere-se a inflamação do pericárdio, saco membranoso que envolve o coração. Está comumente acompanhando a uremia terminal. Os sinais e sintomas de pericardite urêmica são os mesmos da pericardite não urêmica: dor precordial, febre, atrito pericárdico, e graus variados de efusão pericárdica, que na maioria das vezes, é sanguinolenta (Smertzer & Bare, 1998, p. 601).

- **Dispneia**

A dispneia (respiração difícil ou trabalhosa) é observado no paciente com Insuficiência Renal Crônica na presença de hipercalemia devido à fraqueza muscular; hipofostatemia decorrente de hiperalimentação e diálises prolongados alterando a oxigenação tissular devido a modificação da afinidade de hemoglobina pelo oxigênio causando insuficiência respiratória aguda devido à perturbação da função dos músculos respiratórios; e de carga de glicose onde a capacidade máxima estará reduzida a tal ponto que haverá uma dificuldade para eliminar o dióxido de carbono produzido como resultado do metabolismo (Daugirdas, 1991, p.457).

- **Parada Cardiorespiratória e Coma**

A principal causa de hipermagnesemia é a Insuficiência Renal. As principais manifestações clínicas são: sonolência, letargia e fraqueza muscular. O magnésio está geralmente elevado na I.R.C., mas sem tradução clínica. No entanto a

administração de laxantes, de antiácidos que contém magnésio pode causar uma hipermagnesemia severa (Riella, 1996).

Manifestações Tegumentares

- **Pele com Coloração Cinza-Bronze.**

A pele de pacientes com Insuficiência Renal Crônica tem um aspecto cinza-pálido ou amarelo-pardo, dependendo da pigmentação antes da doença. Um escurecimento da pele tem sido observado em pacientes negros. Em alguns pacientes de pele clara, a coloração urêmica da pele pode ocultar uma palidez anêmica e ainda dar a impressão de um bronzamento permanente pelo sol. A pigmentação urêmica é atribuída à retenção do pigmento urocromo e à produção aumentada de melanina. A hemodiálise não é efetiva para a correção de cor alterada da pele.

Outro fator que pode levar ao escurecimento e a coloração marrom da pele é a hemossiderose. Esse problema é encontrado em pacientes que receberam muitas transfusões de sangue com conseqüente sobrecarga de ferro (Daugirdas, 1991, p.444).

Pele Seca (Xerodermia)

A causa da secura é pouco compreendida, mas uma alteração das funções das glândulas sudoríparas e sebáceas tem papel importante (Daugirdas, 1991, p.444).

Prurido

O prurido (coceira) é o mais importante dos sintomas dermatológicos em pacientes urêmicos ou no paciente em diálise crônica e tem sido atribuído aos elevados níveis circulantes de paratormônio ou na deposição de cálcio na pele ou ainda manifestação precoce de uma neuropatia sensorial. O prurido pode ser tão intenso que o ato de coçar acarreta escoriações generalizadas.

Os pacientes com marcada azotemia apresentam cristais urêmicos (orvalho urêmico) que são formados pela uréia condensada no suor e é um sinal de uremia. Atualmente não se observa esse fenômeno devido a instituição precoce do tratamento dialítico antes que o nitrogênio sérico atinja níveis superiores a 150 mg/dl (Daugirdas, 1991, p.441).

Equimose

Ocorrem no paciente urêmico, geralmente nas áreas de punção venosa ou de traumas mecânicos, devido ao tempo de sangria prolongado. A tendência hemorrágica da uremia é facilitada por alterações plaquetárias de natureza quantitativa e qualitativa. Assim, o portador de Insuficiência Renal, que sangra, exibe trombocitopenia ao lado de adesividade plaquetária anormal com agregação diminuída, menor atividade do fator 3 plaquetário e consumo anormal de protrombina.

Aproximadamente 10% dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica apresentam unhas cujo o leito ungueal proximal é pálido e por uma coloração vermelho ou marrom (devido a melanina) do leito ungueal distal. Além disto, na síndrome nefrótica, os pacientes podem apresentar nas unhas a linha de Mueherke, que é uma única linha branca transversal. As alterações das unhas desaparecem após transplante renal bem-sucedido.

A queda de cabelo pode ocorrer em qualquer fase da Insuficiência Renal Crônica e é usualmente irreversível (Nakamae, 1978).

Manifestações Hematológicas

A anemia desenvolve-se invariavelmente a medida que a nefropatia crônica progride. É percebida quando a função renal estiver abaixo de 50% do normal. O grau de anemia independe da natureza da nefropatia, embora, em pacientes com rins policísticos o grau de anemia seja menor.

Não há uma relação exata entre um nível de azotemia e a anemia, mas, com a progressão da destruição renal, a anemia agrava-se. Ela é quase sempre normocítica, normocrônica, traduzindo a natureza hipoproliferativa da eritropoiese,

resultante dos níveis reduzidos de eritropoetina que são conseqüentes à redução da massa renal.

Outros fatores que podem agravar esta anemia são: perda crônica de sangue dos dialisadores, deficiência de ácido fólico e hemólise. Além de fatores no plasma que podem ser responsáveis pela hemólise, a hipertensão arterial severa pode fragmentar os eritrócitos. Os pacientes apresentam palidez e queixam-se de fadiga ou de uma sensação de mal-estar (Riella, 1996, p.301).

Hemólise, Fraqueza e Fadiga

As alterações clínicas da hipofosfatemia só costumam surgir com níveis séricos inferiores a 1,0mg%. As principais causas afetando o balanço externo são: absorção inadequada, perdas renais e a hipofosfatemia também é um freqüente achado clínico da Insuficiência Renal Aguda, em decorrência de diminuição da filtração glomerular (Riella, 1988, p.301).

Manifestações Hormônais

Alterações Sexuais

O ciclo sexual feminino é causado pela secreção alterante dos hormônios gonadotróficos pela hipófise anterior e de estrogênios e progesterona pelos ovários. (Guyton, 1988, p. 510).

Com a progressão da Insuficiência Renal ocorre distúrbios na função gonadal. Os estrógenos plasmáticos e a progesterona lútea plasmática encontram-se diminuídos, enquanto o FSH (hormônio folículo estimulante), LH (hormônio luteinizante), e a prolactina encontram-se normais ou aumentados na mulher, aparecem irregularidades menstruais com o início dos sintomas urêmicos e, nos estados mais avançados da uremia, amenorréia está presente. (Riella, 1996, p.304). Em geral é preferível que as pacientes não menstruem (para não perderem sangue) e que não engravidem (graças ao grande desgaste fetal e potencial risco materno (Levine, 1985, p 285).

A infertilidade e as alterações menstruais parecem estar relacionadas a falta de ovulação. Gravidez em mulheres com Insuficiência Renal Crônica (uréia plasmática acima de 60mg/100ml) termina invariavelmente em aborto espontâneo.

Ginecomastia

É descrita em I.R.C, aparentemente exacerbada pela hemodiálise. Ela é vista usualmente no primeiro ano de hemodiálise, desaparecendo em seguida.

Perda da potência sexuais nos homens e perda da libido em ambos os sexos são ocorrências comuns em I.R.C., melhorando com a instituição do tratamento dialítico. Naturalmente outros fatores, contribuem: anemia, drogas anti-hipertensivas, desnutrição e alterações psicológicas, etc. (Riella, 1988, p.459).

Atrofia Testicular

O hipogonadismo é caracterizado pela associação de disfunção testicular com resposta hipotálamo- hipofisária inadequada à insuficiência do órgão - alvo.

Alterações no Volume Urinário

O volume urinário diário normal no adulto varia usualmente entre 700 e 2000 ml.

- **Oligúria-** é caracterizada pelo volume urinário igual ou inferior a 400 ml/dia, que pode ser decorrente de uma resposta anormal do rim, como nos estados hipovolêmicos.
- **Poliúria-** é caracterizada pelo volume urinário igual ou superior a 2.500 ml, que pode ser observada quando a ingesta líquida é grande, quando existe um estado hiperosmolar no plasma causando diurese osmótica ou quando a capacidade de concentração renal está comprometida.
- **Anúria-** é caracterizada pelo volume urinário igual ou inferior a 100 ml/dia, que pode refletir uma obstrução do trato urinário, impedindo a passagem da urina ou uma súbita interrupção da perfusão renal.

Além disso ela pode estar associada a uma insuficiência renal aguda severa e por vez a uma necrose cortical do rim (Riella, 1988, p.185).

Manifestações Ósseas

Osteodistrofia Renal

A osteodistrofia renal pode ser considerada uma das mais graves complicações entre as que acomete os pacientes em fase avançada da I.R.C. Este termo é utilizado de forma genérica para definir todas as desordens esqueléticas que ocorrem em pacientes com Insuficiência Renal, incluindo desde quadros clínicos, retardo do crescimento e deformidades ósseas até a presença de lesões histologicamente definidas como: osteíte fibrosa e osteomalacia entre outras.

Osteíte Fibrosa caracteriza-se por um aumento do volume superfície e espessura da matriz osteoíde, associados ao aumento da reabsorção óssea, do número de células (osteoblastos e osteoplastos), e a presença de fibrose medular. A osteomalacia também apresenta aumento do volume, superfície e espessura da matriz osteoíde, porém em grau maior quando comparada a osteíte fibrosa. A osteomalacia é caracterizada por um defeito grave da mineralização óssea, detectado através da marcação da tetraciclina. As alterações bioquímicas e hormonais da osteodistrofia revelou as relações complexa entre o paratohormônio (PTH), os metabólitos da vitamina D e o metabolismo de cálcio e fósforo. Efetivamente sabe-se que os níveis de PTH encontram-se elevados na IRC e que distúrbios do metabolismo da vitamina D estão presentes em pacientes com IR. (Riella, 1996, p. 495-499).

3.5.7. TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL

3.5.7.1. Evolução Histórica do Tratamento da Insuficiência Renal

A idéia de eliminar substâncias tóxicas do organismo por meio de uma difusão em água é muito antiga.

Tanto os romanos como os árabes tratavam os pacientes renais com banhos quentes, no qual a pele atuava como membrana e as toxinas podiam difundir-se na água do banho.

O termo “Diálise” foi implementado pela primeira vez por Graham (1805-1869) que descobriu os fundamentos da química e dos colóides e demonstrou que o pergaminho vegetal atuava como uma membrana semi-permeável, descrevendo o conceito de osmose.

Richardsen, em 1889, descobriu de forma experimental in vitro a função do colóide na difusão de partículas de sangue (Casamiquela, 1994, p.53).

3.5.7.2. O Primeiro Rim Artificial

O primeiro rim artificial foi desenhado em 1913 por Abel, Rowtree e Turner em Baltimore (USA). Este rim estava fabricados por tubos de celordina de 40 m de comprimento e 8mm de diâmetro, unidos mediante cordas.

O primeiro rim artificial apto para aplicação em seres humanos se realizou em 1930 pelo médico Holandês Kolff.

Em 1940, Kolff constrói um novo dialisador de ampla superfície. Era um tubo cilíndrico ao redor do qual se enrolava um tubo de clofan de 30-40 m de comprimento e 2,5 cm de largura por onde passa o sangue do paciente.

Este tambor rotatório tinha sua metade inferior submergida em um tanque que continha de 70 a 100 litros de dialisado.

Durante esses anos iniciais, tiveram que enfrentar graves inconvenientes tais como rupturas de membranas, hemólises, hemorragias, e sobre tudo o acesso vascular, porque a diálise somente se aplicava em insuficiência renal aguda.

Em 1946, Murray (Canadá) aplicou a técnica de diálise em setes humanos utilizando pela primeira vez uma bomba de sangue e como acesso vascular a veia safena e veia femural e porta.

A década de 50 foi considerado o período da Insuficiência Renal Aguda em que o tratamento com diálise se aplicava de forma exclusiva a este tipo de paciente. O tratamento da Insuficiência Renal Crônica continuava sendo uma utopia, já que necessitavam de uma técnica adequada e não existia um acesso

vascular idóneo. Pois os problemas tais como infecções locais, coagulação, hemorragias, faziam que estas técnicas fossem perigosas e inadequadas para uma aplicação prolongada.

A introdução da cânula de Quinonsribner em 1960 ofereceu a possibilidade da aplicação da hemodiálise de forma prolongada na insuficiência renal crônica. Em 1996 Brescia e Cimino introduziram a primeira fístula artério-venosa (Casamiquela, 1994, p. 53).

3.5.7.3. Tipos de Tratamento da Insuficiência Renal

O paciente com sintomas crescentes de I.R.C. é encaminhado para o Centro de Diálise e Transplante no início do curso da doença renal progressiva. A Diálise geralmente é iniciada quando o paciente não consegue manter um estilo de vida razoável com o Tratamento Conservador.

a) Diálise

A diálise é um processo utilizado para remover líquidos e produtos do metabolismo do corpo quando os rins são incapazes de fazê-lo.

Os objetivos da diálise são manter a vida e o bem-estar do paciente até que a função renal seja restabelecida.

Na diálise, moléculas de soluto difundem-se através de uma membrana semipermeável, passando do lado de maior concentração para aquele de menor concentração. Os líquidos atravessam a membrana semipermeável através de osmose ou ultrafiltração (aplicação de pressão externa à membrana).

A diálise é utilizada na insuficiência renal para remover as substâncias tóxicas e produtos do metabolismo normalmente excretados por rins saudáveis e no tratamento de pacientes com edema intratável, coma hepático, hipercalemia, hipercalcemia, hipertensão e uremia (Smeltzer & Bare, 1998, p.986).

Abordaremos a seguir os principais tipos de Tratamentos Dialíticos para Insuficiência Renal Crônica, são eles Diálise Peritoneal, Hemofiltração, Hemodiálise e Transplante Renal.

b) Diálise Peritoneal

A Diálise Peritoneal é realizada pela introdução de 1 a 3 litros de uma solução salina contendo dextrose (solução de diálise) na cavidade peritoneal. Os produtos tóxicos movem-se do sangue e tecidos circunjacentes para solução de diálise por difusão e ultrafiltração.

A remoção do corpo dos produtos residuais e do excesso da água ocorre quando o dialisado é drenado (Daugirdas, 1991, p.163).

A Diálise Peritoneal está inicialmente indicada para o tratamento da uremia aguda, mas graças aos avanços tecnológicos na área que permitiu um acesso permanente ao peritônio, transformando o método preferencial da função renal para a percentagem considerado de pacientes em urêmia crônica, desde a introdução do método conhecido como Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (C.A.P.D.). O método exige dedicação meticulosa dos operadores e disponibilidade de espaço para armazenar o material de consumo. Entretanto é capaz de produzir alto grau de independência e reabilitação nos pacientes que se adaptam a ele. Seu emprego em pacientes com doenças cardíacas, isquêmicas ou Diabétes Mellitus tem sido gratificante (Riella, 1996, p.624).

Contra-Indicações

Diálise Peritoneal deve ser uma escolha do paciente e da equipe da saúde, especialmente quando se contempla o uso de C.A.P.D. no tratamento da uremia crônica. Se não for por eleição (escolha pelo paciente), a indicação para C.A.P.D. deve ser de preferência para doentes com perda completa e irreversível de acesso vascular, pacientes que apresentam o ganho excessivo de peso entre diálises ou que são severamente hipertensos, sem controle aceitável. O método oferece resultados superiores à hemodiálise em diabéticos em indivíduos com cardiopatia isquêmica, doenças crônicas (anemia, imunodeficiência adquirida, hepatite, distúrbio da coagulação e hemossiderose) em crianças.

Há contra-indicações formais à Diálise Peritoneal se a cavidade é inadequada (por aderência cirúrgica ou doença inflamatória) são fatores restritivos:

a presença de hérnias, neuropatia progressiva, lombalgia importante e recorrente, problemas emocionais e sociais importantes, imunossupressão (Riella, 1996, p.630).

Complicações

A utilização do peritôneo para o transporte de água e solutos podem gerar diversas complicações destacaremos a seguir as principais.

Complicações Infecciosas

A peritonite é a principal e mais perigosa complicação da Diálise Peritoneal. Pode ocorrer trans e pós diálise, é causada pela contaminação do líquido ou do equipamento e quase sempre pode ser identificado como uma falha na técnica ou no próprio equipamento. Também pode ser causada pela infecção do local de saída do catéter resultando uma infecção do túnel, com conseqüente erosão da bainha.

Os principais sintomas clínicos são: dor abdominal com amolecimento, líquido de diálise turvo, febre. Ocasionalmente pode apresentar náuseas e vômitos e raramente íleo paralítico. Para confirmação diagnostica são realizadas culturas apropriadas, coloração pelo gram e contagem de células brancas. O tratamento local é mantido pelo menos 48 horas após a normalização do líquido drenado. O tratamento sistêmico é mantido por 2 semanas, a heparina é utilizada para evitar a formação de coagulo de fibrina, que freqüentemente ocorre na peritonite (Riella, 1996,p.630).

Complicações Mecânicas

Apesar do progresso alcançado de catéteres e de sua colocação, persiste a possibilidade de complicações mecânicas associadas a sua presença, bem como a conseqüência da distensão abdominal por líquido. Dentre elas destacam-se: dor abdominal, dor em ombro, dor lombar, escapamento de líquido, drenagem

inadequada, perfuração de víscera e fístula, erosão e extrusão da bomba externa, hérnias e pseudo-hérnias e ascite (Riella, 1996, p.632).

Complicações Metabólicas

Em geral, ocorrem a médio e longo e podem relacionar-se a morbidade e mortalidade aumentada do paciente em diálise peritoneal crônica. As principais complicações são: hiperglicemia, desnutrição protéica, obesidade, e hipertriglicedemia, hiponatremia e hipernatremia, hiperpotassemia e hipopotassemia, alcalose e acidose e hipovolemia e hipervolemia (Riella, 1996, p.633).

c) Hemofiltração

A hemofiltração é uma técnica de depuração extra-renal, que amplia o transporte convectivo (convectivo) para eliminação de toxinas através de uma membrana de alta permeabilidade, não sendo necessário a utilização de líquido de diálise (Casamiquela, 1994, p.63).

Indicações:

É indicada para remoção rápida de fluídos em pacientes com função renal comprometida.

- Edema pulmonar.
- Para gerar “espaço “ para alimentação enteral/ parenteral.
- Quando a hemodiálise e diálise peritoneal não são apropriados (Tinker & Jones, 1993, p.119).

Durante esse processo, grandes volumes de fluidos (18 a 20 litros) são ultrafiltrados e desprezados enquanto são substituídos por quantidades apropriadas de uma solução balanceada de sódio. Este tem a vantagem teórica de um incremento na depuração de moléculas de peso médio, remoção de volume melhor tolerado e melhor controle da hipertensão. Tem a desvantagem de

apresentar um custo maior na reposição das soluções, há necessidade de equipamento especializado e supervisão cuidadosa, uma vez que grandes volumes de fluído são removidos e repostos rapidamente sob um regime de pressão elevada. Finalmente a possibilidade de que muitos hormônios e polipéptides também sejam removidos podem levar a efeitos deletérios ao longo prazo (Levine , 1985, p.332).

d) Transplante Renal

O transplante renal tornou-se o tratamento de escolha para a maioria dos pacientes com doença renal em estágio terminal. Os pacientes optam pelo transplante renal por uma série de razões. Tais como: o desejo de evitar a diálise, o de melhorar o seu sentimento de bem estar e o desejo de levar uma vida normal. Além disso, o custo de manutenção de um transplante bem sucedido é um terço do que é gasto com um paciente em diálise (Smeltzer & Bare , 1998, p.1028).

Vários são os fatores que interferem no processo de adaptação do organismo a um órgão transplantado, dentre elas citaremos a histocompatibilidade que refere-se a marcadores imunológicos que determinam a identidade genética de todos os seres humanos. Esses marcadores se situam em todas as células nucleadas e definem o próprio do não próprio, o que é reconhecido pelo organismo como estranho é submetido, portanto, a um processo de rejeição (Riella, 1996, p.528).

Nos seres humanos, cada pequeno braço de cromossomo 6 contém genes que codificam um grupo de glicoproteínas conhecidas como antígenos leucocitários humanos (HLA). Esta área também chamada de complexo de histocompatibilidade maior (MHC), tem um papel importante na rejeição do transplante. Os antígenos são herdados por codominâncias simples mendelianas, de modo que todo indivíduo apresenta dois antígenos para cada locus, um do pai e outro da mãe (Levine, 1985, p.413).

O doador pode ser de três tipos:

- vivo relacionado (pai, mãe, irmãos e filhos), isto é, doadores que dividem com receptor certo grau de similaridade HLA.
- vivo não relacionado (esposo/ esposa e amigo, etc).
- cadáver.

Nesses dois últimos grupos não existe similaridade no sistema HLA (Riella, 1996, p.530).

e) Hemodiálise

A Hemodiálise é um processo utilizado em pacientes com doença aguda e que necessitam de diálise por curto período (dias a semanas) ou em pacientes com doença renal terminal (D.R.T.) que necessitam de tratamento prolongado. Uma membrana sintética semipermeável substitui os glomérulos e túbulos renais e atua como filtro para os rins deficientes. Em pacientes com insuficiência renal crônica, a hemodiálise proporciona reabilitação e expectativa de vida razoáveis. Entretanto, a hemodiálise não cura ou reverte doença renal e não é capaz de repor as perdas das atividades endócrinas ou metabólicas do rim. Apesar de possibilitar redução dos sintomas e melhorar a condição física das pessoas acometidas, pode ocasionar anormalidades, incomodos, complicações e ainda os obrigam a se submeterem a procedimentos médicos-hospitalares freqüentes, esquemas terapêuticos rigorosos e exaustivos, cuidados e restrições para manutenção de suas vidas, além de levá-los a conviver com profissionais especializados no ambiente que muitas vezes lhe é estranho e hostil.

Estes pacientes podem ser submetidos a diálise durante o resto de suas vidas ou até receberem um transplante renal bem sucedido (Smeltzer & Bare, 1998, p.984-986).

Técnicas de Hemodiálise

Dependendo do equipamento, do acesso vascular e da membrana do dialisador, várias modalidades de hemodiálise podem ser empregadas no tratamento da uremia, com eficiência comparável. Tais como: hemodiálise convencional, hemodiálise curta (de alta eficiência e alto fluxo), hemodiálise de alta eficiência, hemodiálise de alto fluxo (Riella, 1996, p.615).

Tipos de Acesso à Circulação do Paciente

Catéteres de subclávia e femoral

O acesso imediato à circulação do paciente para hemodiálise de emergência é obtido através de cateterização da subclávia para uso temporário. É introduzido um cateter de luz dupla ou múltipla na veia subclávia. Embora este método de acesso vascular não seja destituído de riscos (isto é, lesão vascular como hematoma, pneumotórax, infecção, trombose da veia subclávia e fluxo inadequado), freqüentemente pode ser usado durante várias semanas. Os catéteres femorais podem ser inseridos nas veias femorais também para uso temporário. Os catéteres são removidos quando não são mais necessários porque a condição do paciente melhorou ou outro tipo de acesso foi estabelecido. A falência do acesso permanente é que é responsável pela maioria das admissões hospitalares dos pacientes em hemodiálise crônica, tornando a proteção do acesso uma das prioridades do cuidado (Smeltzer & Bare, 1998, p. 988).

Fístula

É criada cirurgicamente conectando-se ou unindo-se (anastomose) uma artéria e uma veia, seja de forma látero-lateral ou término-lateral. A fístula leva 4 a 6 semanas para amadurecer. Isto dá tempo para que ocorra cicatrização e para que o sangramento venoso da fístula se dilate para acomodar duas agulhas de grande calibre (calibre 14 ou 16). As agulhas são introduzidas no vaso para obter

fluxo sangüíneo adequado para atravessar o dialisador. O segmento arterial da fistula é utilizado para o fluxo arterial e o segmento venoso para retransusão do sangue dialisado (Smeltzer & Bare, 1998, p.988).

Enxerto

Suturação de um pedaço de artéria ou veia bovina, material gore-tex (eteroenxerto) ou enxerto de veia safena no vaso do próprio paciente. Geralmente é criado quando os vasos do paciente não são adequados para uma fístula. Pacientes diabéticos geralmente necessitam de enxertos (Smeltzer & Bare, 1998, p. 988).

Princípios Básicos da Hemodiálise:

O objetivo da hemodiálise é extrair substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e remover o excesso de água. A composição do sangue é alterada expondo-se o sangue a uma solução salina modificada, ou líquido de diálise, separada do sangue por uma membrana semipermeável. A heparina é adicionada ao sangue para evitar coagulação. O sangue passa através de uma bomba, para a membrana semipermeável, e o líquido de diálise flui no outro lado da membrana . As toxinas e as escórias presentes do sangue são removidas por difusão, deslocando-se de uma área de maior concentração no sangue para uma área de menor concentração no dialisador. O líquido de diálise é composto de todos os importantes eletrólitos em suas concentrações extracelulares ideais. O nível sangüíneo de eletrólitos pode ser controlado por ajustes adequados do líquido de diálise (pequenos poros na membrana não permitem a perda de hemácias e proteínas)

O excesso de água é removido do sangue por osmose, pode ser controlado criando-se um gradiente de pressão (ultrafiltração). O sistema de tampão do corpo é mantido pela adição de acetato, que difunde-se do dialisador para o sangue do paciente sendo metabolizado para formar bicarbonato.

Durante a diálise, o paciente, a máquina de hemodiálise e o líquido de diálise exigem monitorização constante para detectar as numerosas complicações

que podem surgir (ex: embolia gasosa, ultrafiltração inadequada ou excessiva, extravasamento de sangue, contaminação e complicações do shunt de fístula) (Smeltzer & Bare, 1998, p. 987).

Máquinas de Hemodiálise

A revolução tecnológica na área de equipamentos médicos foi particularmente marcante no desenvolvimento de novos conceitos e na aplicação da informática e aos equipamentos de hemodiálise.

As máquinas de hemodiálise podem ser com reservatório ou proporcionadores, pela forma de preparação do líquido, e individuais ou coletivas, quando se considera a distribuição do líquido.

Na escolha do equipamento, vários fatores devem ser levados em conta, para obter a melhor relação custo benefício tais como:

- população alvo do tratamento;
- nível de treinamento do pessoal técnico;
- disponibilidade de recursos (Riella, 1996, p. 612).

Reuso de Dialisadores

Segundo Riella, 1996, p.616-617, desde os primórdios da hemodiálise crônica, esterilização e reutilização do dialisador entre diálises foram contempladas, pela própria estrutura do dialisador em uso. Independente das substâncias químicas empregadas no processamento, uma seqüência de passos deve ser tomado no procedimento:

- identificação do dialisador;
- lavagem;
- limpeza;
- avaliação funcional (volume e integridade);
- esterilização (desinfecção);
- remoção do esterilizante;
- controle de qualidade.

A **diálise aguda** é indicada quando há um elevado crescente nível de potássio sérico, sobrecarga hídrica ou edema pulmonar iminente, acidose crescente, pericardite e confusão grave. Também pode ser utilizada para remover determinadas drogas ou outras toxinas (envenenamento ou superdosagem de drogas).

A **diálise crônica** ou de manutenção é indicada na Insuficiência Renal Crônica (doença renal terminal) e nas seguintes circunstâncias: ocorrência de sinais e sintomas urêmicos afetando todos os sistemas corporais (náuseas e vômitos, anorexia grave, crescente letargia e confusão mental), elevação do nível sérico de potássio, sobrecarga hídrica que não responde aos diuréticos e restrição hídrica e uma ausência geral de bem-estar. Além disto, a ocorrência de um atrito pericárdico é uma indicação urgente de diálise no paciente com insuficiência renal crônica.

A decisão de iniciar diálise deve ser tomada após discussão cuidadosa entre o paciente, a família e o médico. Aspectos críticos estão associados com a necessidade de diálise e geralmente requerem alterações drásticas no estilo de vida. O Enfermeiro pode ajudar o paciente e a família respondendo a suas perguntas, esclarecendo informações e apoiando a sua decisão (Smeltzer & Bare, 1998, p. 987).

Complicações durante a Hemodiálise:

A substituição da função renal por uma máquina é imperfeita e sujeita a problemas agudos, decorrentes do uso de circuito extra-corpóreo, e também o aparecimento de sinais e sintomas, ao longo prazo, por alterações metabólicas não corrigidas ou surgidas no processo. O contato de sangue heparinizado com membrana sintética para ativar, agudamente, rotas metabólicas e induzir modificações hemodinâmicas significativas. A inadequada retirada de metabólitos, ou a introdução de substâncias potencialmente tóxicas podem induzir profundas alterações funcionais, traduzidas por manifestações clínicas graves e por vezes irreversíveis, do paciente.

O cliente em hemodiálise pode, ao longo do tempo apresentar complicações decorrentes da própria I.R.C. (induzidas por substituições

incompleta ou pela natureza da doença primária) ou por exposição a produtos químicos ou infectantes, no uso continuado de máquinas (Riella, 1996, p. 617-618).

Hipotensão

A hipotensão durante a diálise é uma acometimento muito comum e é, um reflexo da grande quantidade de líquido, em relação ao volume plasmático, que é removida durante uma sessão de diálise média. A manutenção do volume sangüíneo durante a diálise depende do rápido reenchimento do compartimento sangüíneo, a partir dos espaços tissulares circulantes.

Uma queda do volume sangüíneo resultará num enchimento cardíaco diminuído, que, por sua vez, causará um débito cardíaco reduzido e, por último, hipotensão (Daugirdas, 1991, p. 104).

Cãimbras Musculares

A patogenia da cãimbras musculares durante a diálise é desconhecida. As cãimbras musculares são comumente associadas com hipotensão, embora freqüentemente persistam mesmo depois que uma pressão sangüínea adequada foi restaurada.

Cãimbras severas e prolongadas, começando durante a última parte da diálise e persistem durante muitas horas após a diálise, podem ocorrer quando o paciente tiver sido desidratado abaixo do peso seco.

A diminuição aguda da concentração de sódio plasmático (Hiponatremia) resultará em contração dos vasos sangüíneos em preparações musculares isolados. Talvez por esta razão o uso de soluções de diálise com sódio baixo tenha sido associado a uma alta incidência a cãimbras musculares (Daugirdas, 1991, p. 107).

Síndrome do Desequilíbrio

São sinais clínicos da síndrome do desequilíbrio que é creditada a edema cerebral conseqüente a um retardo no desvio osmolar entre o sangue e o cérebro durante o procedimento de diálise (as alterações no pH cerebral também podem exercer um papel) sendo mais provável de ocorrer em sua forma severa quando os pacientes com estados avançados de uremia são dialisados por um tempo excessivo em suas primeiras sessões de tratamento.

A síndrome na sua forma mais leve pode limitar-se à insônia e à cefaléia com náuseas, vômitos e agitação, mas as manifestações mais severas incluem confusão, convulsões generalizadas, obnubilação e coma (Daugirdas, 1991, p. 109).

Convulsões

As convulsões não são incomuns nos pacientes em diálise. As convulsões generalizadas são uma característica integral de encefalopatia urêmica avançada e ainda podem ser manifestações de uma síndrome de desequilíbrio severa (Daugirdas, 1991, p. 115).

Cefaléia

A cefaléia é uma sintoma comum durante a diálise e sua causa precisa é desconhecida. A cefaléia pode ser uma manifestação sutil da síndrome do desequilíbrio ou pode estar relacionada ao caso de solução de diálise contendo acetato. Em pacientes que são grandes tomadores de café, a cefaléia pode ser uma manifestação da suspensão de cafeína, desde que a concentração sangüínea de cafeína é agudamente reduzida durante o tratamento por diálise (Daugirdas, 1991, p. 115).

Dor torácica e dor lombar

A dor angina durante a diálise é também comum, no entanto, bem como as numerosas outras causas potenciais de dor torácica (por exemplo: hemólise), devem ser consideradas no diagnóstico diferencial. Dor torácica (geralmente associada com dor lombar) ocorre em aproximadamente 5% dos tratamentos por diálise administrados com dialisadores novos (não usados). A causa mais comum de dor torácica é a chamada síndrome do primeiro uso (Daugirdas, 1991, p. 109).

Hemólise

A hemólise aguda durante a diálise pode ser uma emergência médica. Durante a diálise é quase invariavelmente devida a um problema com a solução de diálise:

- Solução de diálise superaquecida
- Solução de diálise hipotônica (relação concentrado/ água insuficiente)
- Solução de diálise contaminada com:
 - 1- formaldeído
 - 2- alvejante
 - 3- cloramina (do suprimento de água da cidade)
 - 4- cobre (do encanamento de cobre)
 - 5- Nitratos (do suprimento de água)

Em alguns casos, a hemólise pode ser causada por traumatismo dos eritrócitos num cilindro mal-funcionante da bomba (Daugirdas, 1991, p. 114 - 115).

Embolismo Gasoso

É uma catástrofe potencial que pode levar à morte, a menos que seja rapidamente detectada e tratada.

Pode causar obstrução do retorno venoso cerebral com perda na consciência, convulsões e mesmo a morte (Daugirdas, 1991, p. 115).

Hipoxemia Associada à Diálise

Existem várias razões possíveis para a queda do PO₂ durante a diálise.

a)- **Hipoventilação**- estudos mostraram que a hipoventilação pode, quase sempre, estar implicada. Três mecanismos para a hipoventilação durante a diálise foram propostos:

- 1) Solução de diálise contendo acetato: Hipocapnia devida à perda de dióxido de carbono no dialisador. A solução de diálise contendo acetato é um gás em equilíbrio com o ar ambiente cujo PCO₃ é menor que 1mmHg. Durante a diálise a solução que contém acetato, o sangue que passa através do dialisador perde dióxido de carbono para a solução de diálise, resultando em hipocapnia. O paciente hipoventila ligeiramente, mantendo o PCO₂ do sangue próximo aos valores basais.
- 2) Solução de diálise contendo acetato: Hipocapnia devido ao metabolismo do acetato durante a diálise com acetato, o quociente respiratório (quantidade de dióxido de carbono produzido, dividido pela quantidade de oxigênio consumido) é alterado de tal modo que a taxa de produção de dióxido de carbono é relativamente diminuída, resultando em hipocapnia.
- 3) Solução de diálise contendo bicarbonato : alcalose - Quando uma solução de diálise contendo bicarbonato é usada, especialmente quando a concentração de bicarbonato na solução de diálise é alta (maior do que 35 mEq/litro), a rápida transferência do bicarbonato da solução de diálise para o sangue pode resultar numa alcalose metabólica.

b)- **Bloqueio da difusão intrapulmonar** - Como foi observado acima, a diálise usando membrana de celulose não substituída causa seqüestração de neutrófilos nos pulmões. Alguns estudos sugerem que o gradiente alvéolo-arterial de oxigênio é aumentado muito precocemente durante a diálise, possivelmente devido à embolização de neutrófilos nos capilares pulmonares (Daugirdas, 1991, p. 116 - 117).

3.6. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Observa-se atualmente que os Enfermeiros vem refletindo sobre sua prática profissional, buscando um equilíbrio entre a sua competência técnico-científica, as necessidades da clientela e as exigências institucionais visando a melhoria da qualidade assistencial. Tão importante quanto o domínio de máquinas é a necessidade de se rever o caráter impessoal que tem marcado o atendimento dos pacientes e seus familiares.

O Enfermeiro enquanto coordenador da equipe de enfermagem deve procurar humanizar a Assistência de Enfermagem e identificar as necessidades e expectativas individuais de sua clientela, alertando e orientando sua equipe para importância desses aspectos.

Quando os Enfermeiros assumem as premissas básicas de que a assistência de enfermagem transcende o nível de execução, delineando uma dimensão holística de atendimento ao Ser Humano, altera uma postura já consolidada, coloca o Enfermeiro como produtor, implementador e controlador da assistência prestada ao cliente e adota uma postura diferenciada, pois sua atuação neste contexto prevê ações reflexivas que exigem conhecimento, compromisso e envolvimento com a assistência prestada em sua área de atuação.

Para consolidar uma mudança na prática assistencial é necessário estabelecer uma forma de sistematizar e operacionalizar as ações de enfermagem, utilizando-se métodos de trabalho que favoreçam sua segmentação (Cianciarullo, 1998).

Assistência de Enfermagem ao cliente em tratamento dialítico

Cuidar segundo Mayeroff (1971) é um processo de desenvolvimento que assume continuidade. Neste processo, a relação existente caracteriza-se por estar com a pessoa, ou seja, a pessoa que cuida está com a outra pessoa, no mundo da outra pessoa que é merecedora de cuidado. Ambas são participantes num processo de descoberta, ambas num processo de aprendizagem mútua.

Ao desempenhar seu trabalho o enfermeiro deve ter em mente que todo o material e equipamento que entre em contato com o sangue do paciente deve ser mantido estéril. Deve-se deixar tudo preparado para fazer coletas de amostras de sangue. O paciente deve ser orientado quanto ao procedimento que se vai realizar e quanto ao que se espera dele, levando em conta se sua situação é aguda ou crônica e se já teve alguma experiência anterior com diálise (Passos, 1973, p. 111).

Compete ao enfermeiro da Unidade Dialítica assistir o cliente desde a sua recepção orientação, acompanhamento, supervisão, controlar exames laboratoriais, registrar, educação e assistência direta ao cliente.

3.7. ALGUNS ASPECTOS SOBRE EDUCAÇÃO

Neste capítulo abordaremos alguns conceitos sobre educação, que dará suporte para melhor compreensão do processo educativo proposto no Projeto Assistencial. Já que a prática de Enfermagem encontra-se historicamente estruturada na Educação em Saúde.

Porém é necessário lembrar que ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidades para sua própria produção ou a sua construção (Freire, 1980).

De acordo Nascimento & Rezende apud Martins (1995). A educação não pode ser vista como um ato unilateral onde o educador é agente ativo de todo o processo. Ele deve, o profissional Enfermeiro, enquanto educador, visualizar “o caminho da práxis através de uma proposta de educação participativa. Como compromisso solidário, ele pressupõe a troca e o intercâmbio de experiências, não acumulando de saber teórico nem subestimando o saber popular”.

Existe uma crença geral que a ignorância é um vazio, um “oco” a ser preenchido, pois a gente não sabe de algumas coisas que deveria saber. Sobretudo, a ignorância não é um “oco” a ser preenchido, o indivíduo presumidamente ignorante, tem muitos conhecimentos, tem crenças, tem opiniões, que alguém pode considerar como “incorreta” ou “más”, mas são elas que o indivíduo tem e são elas que guiam normalmente seu comportamento. O

objetivo da educação nessa perspectiva não é então cobrir o vazio da ignorância, e sim transformar os “cheios” (Mafra et al, 1999).

A educação para saúde é um componente essencial do cuidado de enfermagem, e é direcionado para promoção, manutenção e restauração da saúde, prevenção da doença e assistência as pessoas para lidar com os efeitos residuais da doença.

Todo o contato que o Enfermeiro tem com o usuário de serviço de saúde estando a pessoa doente ou não deveria a pessoa estando doente ou não deveria ser considerada uma oportunidade de ensino a saúde. Enquanto a pessoa tem o direito de decidir se aprende ou não, o enfermeiro tem a responsabilidade de apresentar informações que irá motivar a pessoa, quanto à necessidade de aprender.

Um dos maiores grupos de pessoas necessitando educação para saúde hoje são aquelas com doenças crônicas. A medida que a longevidade da nossa população aumenta, o número de pessoas com essa doença irá aumentar. Os líderes da equipe da saúde acreditam que as pessoas com doença crônica tem o direito a informação do cuidado em saúde, tornando assim capaz de participar ativamente e assumir responsabilidade pelo próprio cuidado. A educação para a saúde pode ajudar esses indivíduos a se adaptarem a doença, prevenir complicações, cooperar com a terapia prescrita e aprender a resolver os problemas quando confrontados com situações novas; isto também pode prevenir a hospitalização; pessoas com condição crônica são freqüentemente admitidos, porque elas não sabem cuidar de si própria.

A meta da educação é ensinar a pessoa a viver a vida de forma saudável, isto é lutar para adquirir o potencial de saúde máximo possível (Smeltzer & Bare, 1998, p. 35).

3.8. IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS DECORRENTES DA CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE

A doença crônica é definida como uma condição médica ou um problema de saúde com sintomas ou incapacidade que requerem uma administração a longo prazo. Parte dessa administração incluem aprender a viver com sintomas e

as incapacidade, enquanto se aprende a viver com algumas mudanças de identidade que a doença traz (Smeltzer & Bare, 1998, p. 275).

De acordo com Silva (1990), as principais perdas, quem englobam situações em que o indivíduo deixou de desfrutar ou de possuir algo que fazia parte de sua vida antes de estar em condição crônica são: perdas nas incapacidade físicas, perdas financeiras, do lazer, nos relacionamentos sociais de beber ou comer o que gosta e perdas nas funções sexuais entre outras.

Outra parte consiste em manter as mudanças no estilo de vida pretendido para manter os sinais e sintomas controlados e para prevenir complicações.

Importantes complicações psicológicas e sociais precisam ser consideradas. Viver permanentemente por longos períodos de tempo com sintomas e defeitos podem levar a ajustes de identidade, mudanças de papel e a necessidade de lidar com uma imagem corporal ou estilo de vida alterada. Adaptação à enfermidade e à incapacidade é um processo contínuo. Cada mudança ou diminuição na habilidade funcional requer futuras adaptações físicas, emocionais e sociais, tanto o indivíduo e para a família (Taylor, 1992, p. 353-354).

As pessoas que necessitam de dispositivos mecânicos para manutenção da vida freqüentemente sentem que perderam o controle de seus corpos e de seus destinos. Assim como acontecem com doente renal crônico, uma vez que dependem da máquina de hemodiálise, que por sua vez pode provocar uma profunda reação emocional no indivíduo.

Os problemas psicológicos mais importantes de acordo com (Daugirdas, 1991, p. 273 - 274) encontrados em pacientes em diálise são:

- **Depressão** - É usualmente uma resposta à uma perda real, ameaçadora ou fantasiada. As manifestações incluem: humor depressivo persistente, imagem própria ruim e sentimento de desesperança.
- **Suicídio** - Aproximadamente 1 em cada 500 pacientes em diálise irá realmente cometer suicídio. Um número determinado de mortes nos pacientes em diálise devido a imprudência dietética podem ser também relacionado à suicídio.
- **Comportamento não cooperativo** - A raiva é comum entre pacientes sofrendo doença crônica. Freqüentemente as razões para raiva e comportamento não cooperativo, não são conhecidos pelo paciente,

necessitando cuidadosamente ser investigado no contexto do lar e situações do trabalho.

- **Disfunção sexual** - os pacientes em ambos os sexos em diálise, freqüentemente apresentam dificuldade sexuais. A impotência desenvolve-se em aproximadamente 70% em homens, e as mulheres em diálise reportam diminuição da freqüência de orgasmo durante o ato.

Os fatores psicológicos freqüentemente tem um importante papel no homem. A depressão, a reversão do papel familiar devido à perda de trabalho e ao impacto da interrupção da diurese (já que o órgão da diurese é também o órgão da sexualidade), podem também contribuir para disfunção sexual. Todavia a causa de impotência nos pacientes em hemodiálise é primariamente orgânica relacionada a alterações hormonais.

3.9. ATIVIDADES RECREACIONAIS PARA MELHORAR A CAPACIDADE DE REAÇÃO DO PACIENTE

As situações que podem levar à falta de atividades recreacionais incluem: um ambiente monótono, longos períodos de confinamento e freqüentes tratamentos longos. Os pacientes podem perder a motivação ou o tempo para praticar as suas atividades de lazer usuais. Há evidências que poucos contatos sociais, ou a inaptidão em para tomar a responsabilidade por atividades de lazer diminui o bem estar físico e psicológico. Além disso, está documentado que a participação em atividade de lazer está associada com o aumento da satisfação e felicidade. A satisfação e a responsabilidade pessoal são importantes aspectos na terapia recreacional. Freqüentemente, pacientes que estão hospitalizados por longos períodos de tempo estão privados da oportunidade em participar num plano para atividades de lazer.

Lidar com a hospitalização pode, freqüentemente, ser uma experiência isolante e estressante que requer a adaptação dos níveis de funcionamento mental, emocional e físico. O valor da recreação através do exercício no tratamento do câncer tem sido relatado. Além disso, a diversão através da terapia recreacional tem, também, sido mostrado ser efetiva como uma componente dos

cuidados com a saúde para reduzir o tédio, promover a auto-estima e encorajar a independência e o controle.

Os sinais comuns de que os pacientes devem estar experimentando uma falta de atividades recreacionais inclui: freqüentes bocejos ou desatenção, inquietação (insônia), agitação e uma expressão facial apática. Os pacientes podem exibir hostilidade ou podem freqüentemente expressar pensamentos e sentimentos desagradáveis. As mudanças no peso podem ser características também. Os pacientes com falta de atividades recreacionais freqüentemente reclamam do tédio (Radziewicz & Schneider, 1992).

Estratégias Específicas Para a Recreação

Segundo Simon (1988), a avaliação das necessidades recreacionais, os enfermeiros podem usar uma variedade de intervenções para estimular as habilidades reacionais próprias dos pacientes e ajudá-los a se engajar nas atividades recreacionais. Algumas intervenções específicas são discutidas aqui, tais como: intervenções musicais, humor e expressão artística (arte).

4. MARCO REFERENCIAL

Percebemos a importância de utilizar na nossa prática assistencial um Marco Referencial que fosse objetivo, que dimensionasse e organizasse o nosso trabalho levando em consideração crenças e valores.

Marco conceitual, segundo Trentini (1994), é um conjunto de conceitos definidos e interrelacionados formando uma estrutura abstrata, tendo como característica principal, a coerência intra e entre suas partes formando uma totalidade.

Segundo Nitshike, apud Santos et al (1991), serve para direcionar ou guiar o cuidado de enfermagem. No campo da prática de enfermagem, o marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para a reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado.

Elegemos para guiar nossa prática assistencial aos clientes com problemas renais, alguns conceitos do referencial teórico do Enfrentamento de Richard Lazarus e Susan Folkman, por acreditar que este possibilita uma visão ampla sobre o cuidado aos indivíduos em condição crônica de saúde e também por ser viável uma vez que, já foi aplicada por outros autores como: Silva (1990), Martins, (1995) e Alonso (1994).

Outros conceitos derivam do marco conceitual do Núcleo de Convivência em Situações Crônicas de Saúde (NUCRON), que também tem como referência a Teoria do Enfrentamento, ou outros autores que integram este grupo de pesquisa e ainda autores que têm visões convergentes a nossa maneira de compreender a Prática de Enfermagem.

Esse Referencial visa melhorar a relação pessoa-ambiente orientando as pessoas para a realidade, na tentativa de aliviar ou regular o impacto emocional do estresse sobre o indivíduo, dando-lhes desta forma suporte para que desenvolvam suas estratégias de enfrentamento.

4.1. CONCEITOS QUE IRÃO ORIENTAR A PRÁTICA ASSISTENCIAL

- **Ser Humano**

“O Ser Humano é compreendido como ser único, com dimensões sociais, históricas, culturais, biológicas, espirituais e políticas, e está dinâmica e constantemente em interação com os outros seres humanos e com a realidade que o cerca. É único, por possuir características distintas e não pode ser separado das coisas que o rodeiam. É social e histórico, pois vivência condições determinadas histórica e socialmente nas interrelações humanas. Relaciona-se continuamente e dinamicamente com seu ambiente, buscando e atribuindo significado à sua existência. Possui capacidades infinitas a explorar, a decidir, enfrentar e transformar a si próprio e a realidade que o cerca”. (Martins 1995, p. 39, o qual foi baseado no conceito do NUCRON).

- **Enfermagem**

A Enfermagem “é concebida como uma profissão da área da saúde que possui um saber teórico-científico e ético, mas que também se coloca comprometida social e politicamente com o ser humano, em qualquer dimensão da vida em que se encontra. Utiliza a educação em saúde no seu processo assistencial para caracterizá-la enquanto prática social, ou seja, uma profissão que se insere no conjunto das práticas sociais com competência técnico-científica, compromisso político e social” (Martins, 1995 p. 43).

O propósito da Enfermagem, neste projeto, é de assistir o ser humano com I.R.C. buscando o desenvolvimento de maneiras efetivas de enfrentamento dos estressores decorrentes do processo de viver com a condição crônica de saúde.

- **Saúde**

Este conceito foi influenciado pelo marco Conceitual do NUCRON, sendo compreendida como uma condição de bem-estar da pessoa, expressa a partir da relação harmoniosa com o ambiente e variável de acordo com sua orientação de vida, recursos e necessidades para enfrentar a situação de vida, de modo ao alcançar a qualidade de vida a que tem direito enquanto cidadão (Martins, 1995, p.43).

- **Qualidade de Vida**

Entendemos que Qualidade de Vida é um conceito amplo, sendo que cada Ser Humano possui uma percepção pessoal que pode ser expressa por meio de sentimentos construído diariamente como um processo dinâmico, envolvendo satisfação, bem-estar, saúde, educação e intervenções que possam valorizá-la.

Concordamos que o investimento das pessoas na conquista de uma vida com qualidade inclui a reflexão sobre o que é definitivo e o estabelecimento de metas a serem atingidas, tendo como inspiração o desejo de ser feliz (Silva & Trentini, 1999).

- **Estressor**

Estressor é qualquer estímulo que pode sobrecarregar ou exceder os recursos do indivíduo para se adaptar ou executar tarefas, e que exige uma resposta deste indivíduo. Os estressores podem ser de desenvolvimento ou situacional e existente ou potencial (Hymovich & Hagopian apud Martins, 1995).

- **Enfrentamento**

O enfrentamento é visto como um processo dinâmico e complexo, variando no tempo e espaço, influenciado por vários fatores, resultando em um conjunto de ações conscientes ou inconscientes que o ser humano utiliza quando se depara com situações estressoras, provenientes de sua relação com o ambiente. O ser

humano pode se utilizar de recursos próprios (cognitivos e psicomotores) ou recursos ambientais para solucionar ou minimizar os seus problemas (Lazarus & Folkman, 1984).

- **Ambiente**

O ambiente é entendido como o conjunto de condições geográficas, históricas, sociais, econômicas e políticas, em que o homem está inserido e em contínua e recíproca evolução e transformação (Martins, 1995, p. 39).

4.2. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Constitui o esquema subjacente que proporciona ordenamento e direcionamento ao trabalho do enfermeiro. É ainda o instrumento e a metodologia e, como tal, auxilia os profissionais a tomarem decisões, e a preverem e avaliarem consequências. "Pode ser definido como uma atividade intelectual deliberada, por meio da qual a prática da enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistemática (George, 1993, p. 24).

Para nós o processo se constituiu em 4 etapas, a seguir apresentados:

4.2.1. Histórico de Enfermagem

Trata-se da coleta sistemática de dados para determinar o estado de saúde do paciente e identificar problemas de saúde existentes ou potenciais.

Para coleta dos dados utilizamos o roteiro (anexo 01), elaborado considerando nosso marco conceitual. Ele se propõe a identificar os estressores e o enfrentamento da Insuficiência Renal Crônica. De modo especial, influenciaram na elaboração deste instrumento as Dissertações de Mestrado de Martins (1995) e de Silva (1990).

O registro dessa fase se deu no próprio instrumento.

4.2.2. Diagnóstico

É a identificação de problemas de saúde atuais ou potenciais que podem ser modificados pela intervenção de enfermagem. Baseando-se na teoria de Lazarus & Folkman, o diagnóstico constitui a identificação dos principais estressores e a maneira como as pessoas enfrentam sua condição de saúde, mais especificamente os estressores decorrentes da Insuficiência Renal Crônica e do Tratamento Dialítico, sendo registrado na folha de evolução de Enfermagem, na letra A do SOAP.

4.2.3. Planejamento

É o desenvolvimento de metas e de um plano de cuidados designados para assistir o paciente na resolução dos problemas diagnosticados.

O indivíduo necessita desenvolver estratégias de Enfrentamento que sejam efetivas para minimizar o estresse decorrente da condição crônica de saúde, visando uma melhoria da qualidade de vida. Dessa forma definimos as ações que contribuíram para que a pessoa pudesse enfrentar de maneira mais efetiva os estressores identificados ou reforçar enfrentamentos que eram efetivos.

Foi registrado na evolução no item "P" e operacionalizado através das prescrições de enfermagem (Impresso do próprio H.U.).

4.2.4. Evolução

É a determinação das respostas às ações de Enfermagem. Nesta etapa do processo avaliamos as mudanças no enfrentamento. Foi registrado na folha de evolução, na qual constaram os dados objetivos e subjetivos, a análise e o planejamento.

5. METODOLOGIA

Antes da apresentação da forma de operacionalização dos objetivos, onde descrevemos as atividades empreendidas para o alcance destes, falaremos sobre o local escolhido para realização deste trabalho, bem como a clientela assistida.

5.1. LOCAL DO ESTÁGIO:

A nossa prática assistencial realizou-se no Centro de Tratamento Dialítico (C.T.D.) do Hospital Universitário (H.U.).

O H.U foi fundado em 02 de maio de 1980, é vinculado ao Serviço Público Federal (U.F.S.C),e desempenha papel importante na formação de profissionais na área da saúde. Presta Assistência à saúde exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS), nas áreas de clínica médica, cirúrgica, terapia intensiva, pediatria, ginecologia, obstetrícia e neonatologia, somando assim aproximadamente 230 leitos, além dos serviços de emergência, ambulatório e tratamento dialítico.

5.2. O C.T.D. TEM COMO FINALIDADE

Atender aos pacientes, internados ou de ambulatório, em Insuficiência Renal Aguda (I.R.A.) e Insuficiência Renal Crônica (I.R.C.), que necessitem de Terapia Renal Substitutiva.

Conta atualmente com uma equipe multidisciplinar composta por:

- 1- (3) médico (nefrologistas);
- 2- (2) enfermeiros (administrativo/assistencial);
- 3- (10) técnicos e/ou auxiliares;
- 4- (1)escriturário;

5- (1)assistente social;

6- (1)nutricionista.

Recebe ainda colaboração do serviço de psicologia do H.U.

A capacidade total é de 9 pacientes em hemodiálise e 6 pacientes em Diálise Peritoneal. A unidade dialítica assiste mensalmente aproximadamente 70 – 90% do pacientes em relação a sua capacidade total.

Os dados referentes ao cliente e seu tratamento são registrados em prontuários adaptados

O C.T.D. localiza-se no 4ª andar do H.U, junto à Clínica de Internação Feminina (atualmente desativada). Em 1991 foi realizada uma reforma adaptativa de uma unidade de queimados que foi transformada no C.T.D, por isso a sua planta física não segue as normas preconizados pela portaria 082 de 03 de Janeiro de 2000 do Ministério da Saúde. Sua planta física pode ser observada no anexo 02. Possui atualmente as seguintes áreas:

Hall de entrada, ante-sala para lavação de mãos e sala de espera, banheiro/vestuário para funcionário, sala para recepção, posto de enfermagem e sala de hemodiálise com 3 máquinas modelo SPS 500, uma sala para D.P.I. com dois leitos, uma sala de procedimento/observação de clientes, com um leito, um banheiro para clientes, copa/cozinha para funcionários, sala de reuso dos dialisadores e duas salas para guarda de material.

Dentro do organograma, o C.T.D. apresenta-se como um serviço de Clínica Médica no que tange à seção de pacientes nefrológicos.

Em 1992, foram realizados os primeiros transplantes renais no HU, nos meses de julho, setembro e dezembro. Atualmente estes transplantes não estão sendo realizados devido as dificuldades econômicas e falta de verbas. Sendo que os pacientes com indicação de transplante são encaminhados à outras instituições.

5.3. A CLIENTELA

O foco central de nossa prática assistencial foram os clientes portadores de I.R.C., de ambos os sexos, jovens, adultos e idosos. Apresentaremos a seguir o

Quadro 01 de identificação da clientela onde utilizamos nomes científicos de borboletas como pseudônimos para identificá-los.




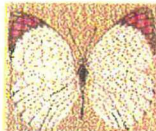


Utilizamos nomes de borboletas, por acreditarmos que o cliente renal passa por um processo de transformação em sua vida, ao vivenciar a situação crônica de saúde, assim como acontece com as borboletas quando passam pelo processo de metamorfose.




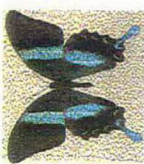


Na população muitas pessoas enfrentam um processo saúde doença que pode evoluir para a cronicidade. Pessoas que já vivenciam esta situação, passam a entender as implicações que esta traz, como: distanciamento dos familiares e amigos, as limitações impostas pelo processo saúde doença, dependência, solidão, medo do futuro incerto e gastos ocasionados pelo tratamento.

Por outro lado, estas pessoas encontram apoio junto aos seus familiares, a outros clientes que estão na mesma situação, compartilhando experiências de vida, e na própria equipe que o assiste.

Com essa analogia queremos esclarecer sobre a importância de um convívio social sem discriminações, compreendendo assim a nova condição de vida, que não as tornam diferente das demais. Trata-se portanto de indivíduos que possuem direitos a uma vida com qualidade na suas dimensões sociais, históricas, culturais, biológicas, espirituais e política.

QUADRO (1) IDENTIFICAÇÃO DA CLIENTELA ASSISTIDA

Nome:	Idade	Sexo	Ocupação	Estado Civil	Filhos	Escolaridade	Religião	Renda – Familiar S.M	Diagnóstico	Tempo de Tratamento	Tratamento
 J. Hierta	46	F	Do lar	Casada	05	Primário	Testemunha de Jeová	01	- I.R.C.	-2 anos	D.P.I.
 G. Mendana	63	F	Doméstica	Viúva	03	Primário	Católica	+/-01	- H.A.S. - D.M. - I.R.C.	1 ano e 6 meses	H.D.
 A. Calidonia	55	F	Do lar	Divorciada	01	Primário	Católica	+/-02	- I.R.C.	1 ano e 2 meses	H.D.
 C. Ione	65	F	Do lar	Casada	07	Primário	Evangélica	Não sabe	- D.M. - I.R.C.	8 meses	D.P.I.
 J. Boenia	44	F	Doméstica	Separada	06	Primário	Católica	Não sabe	- H.A.S. - D.M. - I.R.C. - I.T.U. - C.C.U.	2 meses	H.D.
 D. Aruna	48	F	Aux. de serviços gerais	Divorciada	03	Primário	Evangélica	02	- D.M. - I.R.C.	3 anos	H.D.

	80	F	Do lar	Viúva	03	Primário	Católica	+/-02	- H.A.S. - D.M. - I.R.C.	5 meses	H.D.
C. Regina											
	77	F	Do lar	Viúva	04	Primário	Católica	+/- 02	- H.A.S. - D.M. - I.R.C.	1 anos e 6 meses	D.P.I.
C. Claudilla											
	20	M	Aux. de serviços gerais	Solteiro	-	Segundo Grau	Evangélico	+/- 04	- I.R.C.	3 anos	H.D.
A. Nero											
	44	M	Carpinteiro	Separado	04	Primário	Católico	+/- 04	I.R.C. D.P.O.C. H.A.S. Hepatopatologia alcohólica	1 ano	H.D.
G. Espaminondas											
	56	M	Servente	Casado	05	Primário	Católico	+/- 11/2	H.A. S. I.R.C.	1 ano	H.D.
P. Pérciles											
	41	M	Garçon	Casado	-	Primário	Evangélico	+/- 1 1/2	H.A. S. I.R.C.	3 anos	H.D.
P. Blumei											

5.4. PLANO DE AÇÃO:

A finalidade deste trabalho foi prestar a assistência de Enfermagem às pessoas portadoras de I.R.C., incluindo diversas dimensões, desde procedimentos técnicos, visita domiciliar, ensino e pesquisa até visita a outros centros de tratamento dialítico.

Para alcançarmos este propósito estabelecemos 04 objetivos, que serão a seguir apresentados com o desdobramento de suas atividades e avaliação geral dos mesmos. Posteriormente, no próximo capítulo serão apresentados os resultados da implementação desses objetivos.

5.4.1 Objetivos específicos

Objetivo 1 :

Prestar Assistência de Enfermagem direcionada à facilitar o enfrentamento dos estressores decorrentes da situação crônica de saúde.

Estratégias :

1. Conhecer as normas e rotinas da Assistência de Enfermagem prestadas aos clientes que são atendidos no C.T.D. do H.U.
2. Realizar cuidados às pessoas em Tratamento Dialítico (Hemodiálise e Diálise Peritoneal), envolvendo: instalação, acompanhamento e finalização da Diálise
3. Participar dos Cuidados de Enfermagem aos clientes do C.T.D. durante as intercorrências clínicas decorrentes do processo dialítico .
4. Aplicar o Processo de Enfermagem aos clientes que prestarmos assistência.
5. Avaliar o instrumento elaborado para a coleta de dados baseado nos principais conceitos da Teoria do Enfrentamento de Lazarus e Folkman, adaptado para a C.T.D. do H.U. (anexo 01).
6. Fortalecer enfrentamentos efetivos, através de incentivos, otimização e diálogo.

7. Procurar modificar junto com o cliente enfrentamentos inefetivos através de conversas, discussões e apresentação de outras alternativas de enfrentamento;
8. Minimizar os estressores decorrentes do processo de diálise :
 - ✓ Esclarecer o processo de diálise ;
 - ✓ Verificar situações que causam ansiedade;
 - ✓ Mostrar-se presente e disponível.
9. Desenvolver técnicas de relaxamento pré-tratamento dialítico: música, leituras, convidados, confraternização e buscar humanizar o ambiente com plantas, cartazes e outros..
10. Incluir a família no processo de discussão sobre os estressores e o enfrentamento.
11. Promover educação em saúde aos clientes do C.T.D., através de seminários ou vídeos ou palestras e/ou oficinas. A relação dos assuntos que serão abordados; será feita a partir de levantamentos dos interesses dos clientes.
12. Buscar fundamentação teórica sobre enfrentamento, compartilhando esses conhecimentos com o cliente renal, afim de desenvolver estratégias de enfrentamento mais efetivas .
13. Ampliar a fundamentação teórica sobre os estressores que interferem na sua qualidade de vida de pessoas com I.R.C .

Avaliação:

O objetivo será alcançado quando os acadêmicos:

1. Aplicarmos o instrumento de coleta de dados a todos os clientes que prestarmos Assistência e o avaliarmos.
2. Desenvolvermos os demais passos do Processo de Enfermagem a todos os clientes que prestarmos Assistência (no mínimo 12 pacientes). Através do Processo será possível avaliarmos nossa colaboração no enfrentamento e na minimização dos estressores dos clientes e seus familiares.
3. Realizarmos no mínimo: 2 e/ou 3 atividades educativas que poderão ser: seminários ou vídeos, palestras e/ou oficina.

4. Realizarmos no mínimo 1 vez por semana, técnicas de relaxamento e humanização do ambiente e as avaliarmos junto aos clientes e à equipe de enfermagem.
5. Obtermos no mínimo 5 novas referências bibliográficas sobre estressores e enfrentamento.
6. Tivermos autonomia e segurança na realização dos cuidados que envolvam a instalação, acompanhamento e finalização da diálise.

Objetivo 2 :

Identificar os principais estressores que interferem na qualidade de vida das pessoas com Insuficiência Renal Crônica (I.R.C.), em Tratamento Dialítico no H.U ..

Estratégias :

- 1- Aplicar o Instrumento elaborado para identificar os principais estressores decorrentes da condição crônica de saúde e do Tratamento Dialítico (anexo 01).
- 2- Sistematizar as informações, elaborando categorias e sub-categorias dos principais estressores das pessoas em condição crônica e que estão submetidos a Tratamento Dialítico.
- 3- Analisar as categorias e sub-categorias, buscando referenciais bibliográficos que dêem suporte aos nossos achados.

Avaliação :

1. Objetivo será alcançado quando os acadêmicos aplicarem o instrumento a 12 pessoas e elaborarem a sistematização e análise das informações obtidas, o que deverá dar origem a um artigo a ser publicado.

Objetivo 3:

Ampliar a compreensão dos aspectos fisiopatológicos; administrativos e tecnológicos (equipamentos), envolvidos no Tratamento Dialítico.

Estratégias:

1. Assistir pelo menos a confecção cirúrgica de uma fístula artério-venosa a ser realizada no H.U.
2. Participar do preparo, limpeza e desinfecção dos aparelhos de diálise, buscando conhecer a estrutura e o funcionamento desses equipamentos.
3. Interagir com a equipe multidisciplinar do C.T.D, através de discussões teórico-práticas relacionadas aos cuidados realizados na unidade .
4. Conhecer através de visitas, outros Centros de Tratamento Dialítico nos Municípios de Florianópolis, Joinville e Curitiba .
5. Aplicar um roteiro específico para as visitas, visando conhecer avanços tecnológicos e aspectos físicos e funcionais do Tratamento Dialítico (anexo 06).
6. Observar e compartilhar com a equipe multidisciplinar estratégias utilizadas para minimizar o estresse decorrente do Tratamento Dialítico.

Avaliação:

O objetivo será alcançado pelos acadêmicos, a medida que:

1. Adquirirmos habilidade para participarem das atividades e cuidados desenvolvidos pela equipe multidisciplinar do C.T.D. .
2. Desenvolvermos habilidade no manuseio do dialisador.
3. Criarmos e avaliarmos o instrumento utilizado para registro durante a visita aos referidos centros.
4. Visitarmos no mínimo 2 outros Centros de Tratamento Dialítico.

Objetivo 4 :

1. Participar de atividades que integram Assistência, Ensino e Pesquisa à pessoas com I.R.C..

Estratégias:

- 1- Contribuir no processo ensino-aprendizagem dos Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (U.F.S.C.), que desejem conhecer o processo de diálise e o Centro de Tratamento Dialítico.
- 2- Participar das atividades de pesquisa e assistência do Núcleo de Convivência em Condições Crônicas de Saúde (NUCRON), através do Projeto de Grupos

de Convivência, a ser implantado no Hospital Governador Celso Ramos (H.G.C.R.), junto aos clientes em Tratamento Dialítico.

- 3- Integrar-se aos projetos do C.T.D do H.U., que envolvam melhoria na qualidade da assistência .

Avaliação:

O objetivo será alcançado quando os Acadêmicos de Enfermagem:

1. Integrarem-se, participarem e contribuirão para o processo ensino-aprendizagem.
2. Avaliarem sua contribuição no desenvolvimento do Projeto de Grupos de Convivência do NUCRON.

6. RELATO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS.

O relato da nossa prática assistencial será apresentado através da descrição dos objetivos, contendo estratégias que foram agrupadas conforme semelhanças do tema e sendo classificado por subitens que, acreditamos, facilitará a compreensão. Apresentaremos também atividades que foram realizadas, mas que não estavam previstas, tais como: a realização de visita domiciliar, com intuito de identificar fatores estressantes no contexto familiar e buscar suporte para as ações de Enfermagem; a promoção e a realização de uma mesa redonda, sobre cuidado e tratamento da I.R.C., a fim de compartilharmos os conhecimentos com a comunidade acadêmica; a participação em um simpósio sobre o Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (C.A.P.D.) no Brasil.

6.1. OBJETIVO 1: PRESTAR ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIRECIONADA À FACILITAR O ENFRENTAMENTO DOS ESTRESSORES DECORRENTES DA SITUAÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE.

6.1.1 O cuidado

Previamente a implantação de nosso projeto de prática assistencial, sentimos necessidade de adquirir conhecimentos relacionados ao cuidado e ao tratamento, bem como nos adequarmos ao modelo de assistência de Enfermagem prestado aos clientes portadores de Insuficiência Renal (I.R.). Para tanto, realizamos estágio extracurricular em uma unidade de tratamento dialítico em Florianópolis, no período de 09/02/00 a 25/02/00, totalizando carga horária de

72 horas; o qual nos proporcionou aquisição de conhecimentos teóricos e práticos relacionados aos aspectos fisiopatológicos envolvidos no tratamento dialítico e habilidade no manuseio dos equipamentos de diálise.

No dia 27/03/00, no período matutino, iniciamos nossas atividades práticas junto aos clientes renais do C.T.D.-H.U.. Fomos recepcionados por nossa supervisora e apresentados à equipe de saúde com a qual iríamos atuar.

Durante as duas primeiras semanas de estágio, procuramos nos informar e conhecer as normas e rotinas existentes no setor. Constatamos que estas abordavam aspectos administrativos e assistenciais que envolvem: recursos humanos, recursos materiais e rotinas relacionadas a assistência de Enfermagem prestada no setor. Adquirimos estas informações através de nossa supervisora e de documentos (normas e rotinas) existentes no setor. Verificamos que estes documentos não se encontravam sistematizados e atualizados. Isto nos levou a propor uma parceria com a supervisora para a reestruturação dos mesmos, o que será apresentado em mais detalhes no objetivo 04, na estratégia que aborda os projetos do C.T.D. e que envolvem melhoria na qualidade da assistência.

Concomitantemente a esta aproximação com a dinâmica e organização do C.T.D., iniciamos a assistência de Enfermagem aos clientes renais, e percebemos a importância de uma assistência sistematizada. Com isso, concordamos com Ferreira (1990, p.80), quando diz que a mesma “traz para o Enfermeiro uma diretriz a seguir para a definição do seu papel e do seu espaço de atuação, saindo do assistir intuitivo, assistemático, para o agir organizado e sistemático”.

Iniciamos nossa prática-assistencial prestando cuidados aos clientes em Diálise Peritoneal Intermitente (D.P.I.), que envolvia basicamente: recepção do cliente, pesagem, controle de sinais vitais, troca de curativos, auxílio na instalação do catéter, preparo dos banhos de diálise, bem como monitorização dos mesmos.

É importante salientar que a familiaridade com os aspectos técnicos nos deu a sustentação para o envolvimento com o cliente. Isto se deu através do diálogo e da convivência, onde pudemos prestar uma assistência mais abrangente procurando olhar o ser humano como um ser único, em suas dimensões social, histórica, cultural, biológica, espiritual e política que está,

dinâmica e constantemente em, interação com outros seres humanos e com a realidade que o cerca.

Durante o período do estágio tivemos a oportunidade de assistir a 15 clientes que realizaram tratamento dialítico no C.T.D., superando assim, nossas expectativas. Destes, 10 estavam em tratamento de hemodiálise (H.D.), e 05 em tratamento de D.P.I..

Após adquirirmos habilidade na assistência a clientes em D.P.I., o que ocorreu em cerca de 10 dias, iniciamos os cuidados às pessoas em (H.D.), o que incluiu inicialmente: preparo da máquina, recepção do cliente, pesagem, controle de sinais vitais, punções de F.A.V., instalação do cliente na máquina, heparinização, monitorização, desinstalação do cliente e desinfecção do material. Este conhecimento técnico contribuiu para o desenvolvimento do estágio, tornando-o mais ágil e seguro, pois compreendíamos o processo de diálise a cada instante que prestávamos assistência.

No que se refere às intercorrências clínicas decorrentes do tratamento dialítico, atuamos de forma efetiva, em conjunto com a equipe de Enfermagem, revertendo alguns quadros de hipotensão, hipertensão, câimbras, circuito colabado, catéter obstruído e perda de acesso venoso, entre outros.

Estas complicações estão possivelmente relacionadas ao fato das máquinas de H.D. do C.T.D.-H.U., não possuírem programa de controle de perda ponderal em funcionamento, sendo o mesmo ajustado manualmente, além da própria agressividade do tratamento que não é um método natural.

6.1.2. O processo de enfermagem, os estressores e os enfrentamentos

Desenvolvemos o processo de Enfermagem coletando os dados junto a clientela, utilizando o instrumento de coleta de dados que será avaliado adiante. Os dados obtidos com a aplicação deste instrumento serviram como base para a identificação dos estressores e das formas de enfrentamento da condição crônica de saúde. Para que os dados resultantes da aplicação deste instrumento e das demais fases do processo, pudessem ser melhor visualizados, criamos o Quadro 2 contendo os seguintes itens:

- Estressores

- Enfrentamentos
- Análise (efetivo/inefetivo)
- Plano de Enfermagem

Este quadro apresenta de uma maneira geral a situação das pessoas que cuidamos. Essa forma de organização nos dá o panorama do Processo de Enfermagem. Ele é resultado de uma organização dos dados de cada Processo. O processo individual se encontra exemplificado no anexo 03.

Desta forma, agrupamos os principais estressores e formas de enfrentamento dos 12 clientes aos quais aplicamos o processo. Para avaliarmos as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos clientes, classificamos seus enfrentamentos em efetivos e inefetivos. De acordo com Lazarus & Folkman apud Martins (1995), quando afirmam que “uma pessoa pode avaliar uma situação como ameaçante ou apavorante, enquanto outra pessoa pode avaliar a mesma situação como excitante e desafiante. Isto significa que o que determina se um evento ou condição pode ser estressor, depende do significado que ele tem para o indivíduo e dos recursos que ele dispõe para enfrentar esta situação” às vezes, estas estratégias foram de difícil compreensão para nós. No entanto, buscamos suporte no referencial teórico para que pudéssemos compreendê-las. Encontramos algumas dificuldades na sua implementação. Estas estavam diretamente relacionadas a nossa adaptação ao marco referencial proposto, já que durante nossa vida acadêmica, utilizamos a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. A teoria do enfrentamento foi para nós um desafio, merecendo assim, dedicação e investimento para que pudéssemos superar essas dificuldades.

Outro fator que influenciou na sua elaboração foi o tempo dispendido para a coleta de dados, já que era impossível estabelecer um prazo para o seu preenchimento, tendo em vista que, levamos em consideração a disponibilidade e o estado de saúde de cada cliente. Desse modo, o preenchimento completo durou em média 08 horas, divididas em 02 sessões de diálise, caso não houvessem intercorrências no período.

Através do processo de Enfermagem ordenamos e direcionamos a nossa prática assistencial, nos ajudando a facilitar o enfrentamento da condição crônica de saúde.

O roteiro de coleta de dados, foi elaborado por nós, tendo como objetivo identificar os estressores que interferem na qualidade de vida dessas pessoas. Esse instrumento está baseado na teoria de Richard Lazarus e Susan Folkman, conforme consta no nosso Marco Referencial.

Durante a aplicação do referido instrumento observamos que houve a intimidação de alguns clientes quando eram entrevistados com o instrumento em mãos. Diante desse fato, percebemos que a melhor estratégia de acesso deu-se através do diálogo, onde direcionávamos a conversação e obtínamos os dados pretendidos, porém de maneira mais informal. Esta forma de aplicação, favoreceu a aquisição da confiança de nossos clientes.

Devido a debilidade física causada pela doença e pelo tratamento, houve situações em que a aplicação do instrumento precisou ser adiada, pois estes apresentavam-se em condições desfavoráveis, tais como: irritabilidade, náuseas, vômitos, dor, hipotensão, etc. Isto não favorecia o questionamento, pois interferia diretamente na comunicação. Desta forma, prestávamos assistência de Enfermagem e após o restabelecimento do cliente retornávamos à aplicação do questionário, avaliando se o cliente teria condições de prosseguir com a entrevista.

Todos os clientes que aplicamos o instrumento de coleta de dados, demonstraram-se receptivos, aceitando responder as perguntas, com exceção dos momentos descritos anteriormente. Observamos também que alguns clientes, inicialmente, mostravam-se indiferentes, evitando ser abordados. Com o decorrer do estágio, conseguimos adquirir mais confiança, respeitando sua atitude e aguardando uma melhor oportunidade dada por ele. Foi necessário a construção de uma relação interpessoal, partindo do princípio de que éramos pessoas presente e disponíveis, reforçando o nosso objetivo durante as entrevistas.

Prestamos assistência de Enfermagem a 15 clientes renais, porém a aplicação do instrumento de coleta de dados e dos demais passos ao processo de Enfermagem foi possível apenas a 12 clientes, conforme já mencionamos. Isto ocorreu quando nos deparamos com 03 clientes em estado torporoso ou comatoso. Nesta situação, julgamos que sua aplicação tornou-se inviável, pois não existiam itens que pudessem ser avaliados apenas por observação, havia necessidade de manter o diálogo para a obtenção dos dados. Acompanhamos 01

caso onde o cliente apresentava-se disprnéico o que impossibilitava a sua comunicação, além de existir outro fator agravante: a desorientação da cliente, havendo necessidade de que a coleta de dados fosse feita através de familiares próximos (filhos).

Encontramos dificuldades para utilizar a linguagem contida no referido instrumento, pois era de difícil compreensão para as pessoas que possuíam menor grau de instrução. Isto exigiu que nós fizéssemos uma adaptação usando sinônimos para melhor compreensão dos mesmos. Consideramos também que o espaço reservado no instrumento para as anotações dos dados, foi insuficiente, por vezes tínhamos que usar o verso do instrumento.

Pudemos também observar pontos positivos contidos no instrumento como: os temas propostos que guiavam a entrevista eram amplos e direcionavam aos nossos objetivos, pois englobavam vários assuntos relacionados a história de vida da clientela. As perguntas eram claras e diretas, não desviando do assunto do tema proposto.

Apesar das dificuldades relatadas anteriormente o instrumento tornou-se aplicável na prática, nos ajudando a alcançar o objetivo que era o de identificar os principais estressores e as estratégias de enfrentamento das pessoas em condição crônica de saúde que realizam tratamento dialítico no C.T.D.- H.U. e orientar a assistência de Enfermagem.

De uma maneira geral, desde o primeiro contato formal, com os clientes, iniciávamos a coleta de dados através do instrumento proposto, sempre respeitando o estado geral do cliente e a sua vontade.

Durante a aplicação do processo de Enfermagem, quando identificávamos enfrentamentos efetivos ou inefetivos, além dos estressores decorrentes do processo de diálise, desenvolvíamos assistência de Enfermagem direcionada a fortalecer, modificar e minimizar esses fatores, como pode ser observado no Quadro 2.

Porém, identificamos também situações que iam além do nosso domínio, como alguns problemas familiares e/ou financeiros. Nestes casos, a prática que mostrou-se efetiva foi a de estar presente, ouvindo e confortando o cliente e ajudando - o a encontrar alternativas na redução de seus problemas.

Essas situações nos fizeram refletir sobre a condição destas pessoas e de muitas outras que encontram-se em uma situação semelhante. O que poderíamos fazer para auxiliá-los? Como poderíamos intervir nessas situações?

Dentre as ações de Enfermagem desenvolvidas, exemplificamos com algumas situações que demonstram que estas ajudaram a minimizar estressores, modificar enfrentamentos inefetivos e a fortalecer enfrentamentos.

Na verdade, muitos desses fatores estão diretamente ligados às dificuldades sócio-econômicas na qual encontra-se grande parte da população brasileira, fatores como: baixo poder aquisitivo, desigualdade social, falta de estrutura familiar, desemprego, baixa remuneração (aposentadoria) que são agravados por um sistema político que atinge a maioria da população. Assim, compreendemos que a resolutividade desses problemas encontra-se em uma esfera complexa, necessitando de ajustes sociais, políticos, econômicos, culturais e administrativos.

Desenvolvemos atividades que objetivavam ocupar o tempo durante as sessões de hemodiálise, pois uma cliente referia *“perco tempo durante as sessões de H.D.”* referindo-se ao tempo que permanecia na máquina sem desenvolver atividades. Essas ações demonstraram-se efetivas, pois conseguimos minimizar esse estressor, quando percebemos que a mesma não referia queixas sobre a situação.

Uma outra ação desenvolvida foi o esclarecimento dos meios de contágio de doenças infecto-contagiosas quando outra cliente referiu *“tenho medo de ficar doente”*. Essa ação foi efetiva, pois observamos que a mesma compreendeu o processo de transmissão e contágio dessas doenças, demonstrando-se mais confiante.

Desenvolvemos também ações de Enfermagem que visavam fortalecer enfrentamentos efetivos, como aconteceu com o cliente que relatava a sua preocupação com as manifestações decorrentes da doença e do tratamento, enfrentando essa situação de forma efetiva procurando não faltar as sessões de hemodiálise e tomar as medicações corretamente. Desta forma as ações de

Enfermagem visavam reforçar a importância das ações dos clientes, além de esclarecermos o processo saúde-doença.

Mesmo quando consideramos não ter muitas opções, procurávamos, em parceria com esses clientes, encontrar estratégias de enfrentamentos que pudessem ajudá-los a resolver seus problemas de maneira que seus estressores fossem eliminados ou minimizados.

QUADRO (2)- SÍNTESE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

ESTRESSORES RELACIONADOS COM A FAMÍLIA

ESTRESSOR	ENFRENTAMENTO	ANÁLISE	PLANO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não consegue manter relacionamento bom com o marido. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fica nervosa, evita falar no assunto e faz orações para ficar calma e em paz. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ouvir a cliente; ➤ Abordar o assunto quando a cliente estiver mais tranquila e quando obter confiança.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conflitos no relacionamento com a filha. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fica preocupada e aguarda que a filha a procure. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ouvir a cliente e confortá-la. ➤ Apoiá-la para tomar a iniciativa de procurar a filha.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tem conflitos com a neta, filho e a nora. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fica triste e revoltada. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ouvir a cliente e confortá-lo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Filho não consegue um emprego. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fica triste. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ouvir a cliente e confortá-lo
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não consegue manter relação interpessoal entre filhos e a esposa. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sente-se muito sozinha e com raiva. Evita de falar no assunto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abordar esse tema somente após obter confiança do cliente; ➤ Abordar o assunto quando o cliente estiver mais tranquilo; ➤ Evidenciar o quanto é importante a comunicação com os familiares.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preocupação com a neta (violência por parte da filha). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Denunciou a filha ao Conselho Tutelar. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estar presente; ➤ Dispondo-se para conversar quando queira. ➤ Discutir a possibilidade de aproximação com a filha.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Filha namora com um usuário de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fica nervosa e agitada, preocupada pois não quer que aconteça a mesma coisa que aconteceu com a primeira filha que se casou com um usuário de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ouvir o cliente; ➤ Procurar saber sobre as possibilidades se ele é mesmo um usuário de drogas; ➤ Procurar explicar ; conversar abertamente com sua filha.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Distanciamento dos familiares após o diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Choro. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ouvir e estar presente. ➤ Ver a possibilidade de aproximação com familiares.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser dependente do esposo e dos familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conforma-se porque sabe que não há outra solução. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Questioná-la quanto as atividades que consegue realizar sozinha; ➤ Evidenciar a importância do auto cuidado.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Filhos distantes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não há nada para fazer. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Questioná-la quanto as possibilidades de adquirir informações.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Não consegue manter relação interpessoal. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fica triste e não fala no assunto. Não aceita a 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inefetivo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar o quanto é prejudicial beber bebida alcoólica; ➤ Abordar o tema somente após obter confiança;

	situação de não ter a amorada e acaba bebendo.		Abordar o cliente quando estiver mais tranqüilo; Ouvir e confortar o cliente.
➤ Sente-se sozinha.	➤ Fica triste e revoltada.	➤ Inefetivo	➤ Ouvir e confortar o cliente; ➤ Questioná-la quanto a possibilidades de procurar a família e os amigos.

ESTRESSORES RELACIONADOS COM PERDA FINANCEIRA

ESTRESSOR	ENFRENTAMENTO	ANÁLISE	PLANO DE ENFERMAGEM
➤ Diminuição da renda familiar-custo dos remédios.	➤ Fica preocupada. ➤ Procura ajuda dos filhos.	➤ Inefetivo	➤ Encaminhar ao serviço social quando necessário; ➤ Encaminhar ao posto de saúde. ➤ Ouvir e confortar a cliente.
➤ Perda financeira por afastamento do trabalho ou aposentadoria.	➤ Procura ajuda dos filhos.	➤ Efetivo	➤ Orienta-la a procura de outra fontes de rendas; ➤ Ouvir e confortar a cliente.

ESTRESSORES RELACIONADOS COM A CONDIÇÃO FÍSICA E ROTINA DE VIDA

ESTRESSOR	ENFRENTAMENTO	ANÁLISE	PLANO DE ENFERMAGEM
➤ Diminuição da habilidade física.	➤ Fica triste mas mesmo assim as faz.	➤ Efetivo	➤ Saber como se sente; ➤ Ver a possibilidade de alguém para ajudá-la.
➤ Angina, fraqueza e edema.	➤ Não se conforma, isso a revolta.	➤ Inefetivo	➤ Esclarecer o processo. ➤ Buscar forma de reduzir essas manifestações.
➤ Dificuldade para realizar atividades físicas.	➤ Esforça-se, mas não consegue, então conformar-se.	➤ Inefetivo	➤ Questioná-la se há outras atividades que gostaria de realizar. ➤ Buscar um condicionamento progressivo.
➤ Tontura e dificuldade para andar.	➤ Fica temerosa, solicita ajuda de familiares e confia em Deus.	➤ Efetivo	➤ Ouvir e confortar. ➤ Esclarecer a debilidade
➤ Manifestações decorrentes da doença e do tratamento.	➤ Procura não faltar as sessões de Hemodialise e tomar medicações corretamente.	➤ Efetivo	➤ Prestar esclarecimento ao cliente sobre manifestações clínicas decorrente da doença.
➤ Não poder trabalhar.	➤ Procura sempre novas alternativas de ganhar dinheiro.	➤ Efetivo	➤ Orientá-lo quanto ao tipo de serviço relacionando ao esforço físico do cliente e alternativas de emprego.
➤ Limitação ao trabalho.	➤ Enfrenta sozinha, procura fazer os afazeres de casa.	➤ Efetivo	➤ Ouvir e confortar a cliente.
➤ Cansaço e dores nas pernas.	➤ As vezes eu me deito ou sento para aliviar o cansaço.	➤ Efetivo	➤ Questioná-la quanto a origem das dores. ➤ Reforçar a importância do repouso.
➤ Não consegue manter o ritmo de trabalho.	➤ Fica revoltado e nervoso e acaba fumando.	➤ Inefetivo	➤ Procura saber as possibilidades de outras aptidões no mercado de trabalho. ➤ Esclarecer os malefícios do cigarro.
➤ Não consegue manter o ritmo de trabalho.	➤ Fica triste, evita falar no assunto e não sai para atividades religiosas.	➤ Inefetivo	➤ Abordar o cliente quando estiver mais tranqüilo. ➤ Ouvir o cliente. ➤ Evidenciar o quanto é importante realizar atividades quando possível e confortar o cliente.
➤ Sente dor na inserção no pertuito abdominal.	➤ Reza e procura se acalmar.	➤ Efetivo	➤ Confortar a cliente; ➤ Prestar assistência; ➤ Questiona-la em relação a dor.
➤ Diarréia.	➤ Sente-se mal e revoltado e mal-humorado.	➤ Inefetivo	➤ Abordar o tema somente após obter confiança; ➤ Abordar o cliente quando estiver mais tranqüilo; ➤ Ouvir e confortar a cliente.

➤ Mudou a sua vida pois antes tinha mais disposição para vida e agora não.	➤ Procura ter amizade, chorar bastante, lastimar, procurar fazer alguma coisa dentro de casa.	➤ Efetivo	➤ Encaminha-lo ao médico e a nutricionista; ➤ Orientar e esclarecer que a diarreia é um dos sintomas da IRC.
➤ Não consegue manter o ritmo de sono e repouso.	➤ Procura se conformar, pois se não acordar e não realizar a hemodiálise, morre.	➤ Efetivo	➤ Questiona-la sobre o que mudou na sua vida e se tem dúvidas em relação a doença; ➤ Confortar e ouvir a cliente.
➤ Não pode passear ou viajar com a esposa.	➤ Procura estar sempre com seus familiares mais próximos, busca conforto em sua igreja e nas orações.	➤ Efetivo	➤ Ouvir e questionar o cliente sobre a possibilidades de adequar o horário do sono.
➤ Não poder jogar ou beber com os amigos e parentes.	➤ Procura estar sempre consciente que a bebida e o jogo de azar não levam a lugar nenhum.	➤ Efetivo	➤ Incentivar a sua atitude de proximidade com familiares. ➤ Discutir possibilidades de passeios.
➤ Limitação ao laser.	➤ Lamenta	➤ Inefetivo	➤ Orientá-lo e encaminhá-lo ao serviço de psicologia quando necessário. ➤ Orientar o quanto a bebida alcóolica é prejudicial a saúde. ➤ Levantar as possibilidades de atividades de lazer.
➤ Parou de ir aos bailes e de beber.	➤ Fica chateado, mas se conforma.	➤ Efetivo	➤ Apresentar outras alternativas de lazer. ➤ Discutir possibilidades e limitações.
➤ Não poder comer e beber o que gosta.	➤ Evita o primeiro gole e permanece quase o tempo todo em casa.	➤ Efetivo	➤ Orientar o quanto a bebida alcóolica é prejudicial a saúde.
➤ Não poder sair e não poder comer.	➤ Tenho que fazer sempre a dieta e não saio.	➤ Efetivo	➤ Verificar situações que geram estresse. ➤ Orientar o quanto a bebida alcóolica é prejudicial a saúde. ➤ Confortar e ouvir o paciente. ➤ Encaminhar a nutricionista. ➤ Questionar o porque de não poder sair. ➤ Incentivar a menor ingestão de sal.

ESTRESSORES RELACIONADOS COM AO TEMPO DISPENDIDO PARA O TRATAMENTO			
ESTRESSOR	ENFRENTAMENTO	ANÁLISE	PLANO DE ENFERMAGEM
➤ Perder tempo durante as sessões de hemodiálise.	➤ Não se acostuma.	➤ Inefetivo	➤ Realizar atividades que ocupem o tempo durante as sessões de hemodiálise.
➤ Ter que se locomover três vezes por semana de sua residência para fazer o tratamento.	➤ Fica nervosa, tem que tomar calmante.	➤ Inefetivo	➤ Esclarecer a importância do tratamento. ➤ Ouvir e confortar a cliente. ➤ Discutir adaptações de suas atividades à H.D.
➤ Tempo de permanência na cadeira de hemodiálise.	➤ Pede sempre para posicionar a cadeira em uma posição confortável. Tenta dormir ou rezar durante as sessões de hemodiálise.	➤ Efetivo	➤ Promover técnica de relaxamento durante as sessões de hemodiálise.
➤ Tempo de permanência na cadeira de hemodiálise.	➤ Procura posicionamento adequado na poltrona e conversar com alguém.	➤ Efetivo	➤ Proporcionar ambiente tranquilo e silencioso. ➤ Promover técnica de relaxamento durante as sessões de hemodiálise.
➤ Considera o tratamento “chato”.	➤ Sabe que tem que fazer e aceitar.	➤ Efetivo	➤ Realizar atividades concomitantes ao tratamento de H.D. ➤ Ouvir e confortar o cliente.
➤ Não consegue manter a dieta correta.	➤ Come o que pode.	➤ Efetivo	➤ Ouvir e confortar o cliente. ➤ Buscar com a nutrição outra possibilidade.
➤ Acordar para tomar os remédios.	➤ Fica nervosa e fuma.	➤ Inefetivo	➤ Procurar saber quais são os horários dos remédios e saber a possibilidade de mudar de horários da medicação. (para não interromper o sono).
➤ Perda da liberdade em função da máquina.	➤ Procura não pensar que se não fizer a hemodiálise, morre. É uma pressão.	➤ Efetivo	➤ Evidenciar o quanto a importância das realizações das sessões de hemodiálise. ➤ Procurar centrar nos aspectos positivos da H.D.
➤ Cuidado com medicação e dieta.	➤ Procura comer tudo o que sente vontade sem acúmulo de sal.	➤ Efetivo	➤ Prestar orientações ao paciente sobre a importância do cuidado com a alimentação e as consequências que determinados alimentos possam acarretar.
➤ Não consegue manter o ritmo de tratamento para hipertensão.	➤ Fica nervosa, Pressão Arterial aumenta, toma chá de boldo e umas gotas de dipirona.	➤ Inefetivo	➤ Encaminhar ao posto de saúde mais próximo para adquirir a medicação. ➤ Orientar o malefício da auto-medicação.
➤ Ansiedade decorrente do tratamento.	➤ Procura nunca ficar sozinho, procuro não pensar no assunto e passear sempre que pode.	➤ Efetivo	➤ Verificar e auxiliar situações que geram ansiedades. ➤ Discutir a necessidade do tratamento.

ESTRESSORES RELACIONADOS COM AS EXPECTATIVAS COM RELAÇÃO AO FUTURO

ESTRESSOR	ENFRENTAMENTO	ANÁLISE	PLANO DE ENFERMAGEM
➤ Medo da morte.	➤ Procura conforto em suas orações, procura passear sempre quando pode e não pensa no assunto.	➤ Efetivo	➤ Auxiliar o cliente a entender todo o processo da sua doença. ➤ Estimular busca de apoio espiritual.
➤ Espera de um rim.	➤ Espera com paciência e procura saber mais sobre o transplante.	➤ Efetivo	➤ Esclarecer sobre o transplante a medida que a cliente necessita.
➤ Medo da doença infecto-contagiosa.	➤ Fica preocupada e procura informações.	➤ Efetivo	➤ Esclarecer os meios de contágio. ➤ Ouvir e confortar a cliente.
➤ Conhecer a Doença.	➤ Não quis saber de informações sob a doença para não ficar nervosa.	➤ Inefetivos	➤ Questioná-la sob suas expectativas ; ➤ Perguntar-lhe quanto as dúvidas e se gostaria de saná-las. ➤ Mostrar que mais conhecimento pode ajudá-la a controlar melhor a doença.
➤ Sabe muito pouco sob a sua doença.	➤ Faz muitas perguntas sob o assunto que lhe interessa.	➤ Efetivo	➤ Estar sempre presente e disponível para solucionar dúvidas .
➤ Sabe pouco sob sua doença.	➤ Questionar sob suas dúvidas.	➤ Efetivo	➤ Auxiliar a cliente a entender todo o processo de sua doença.
➤ Medo de se contaminar (transfusão), e de ser expulsa da igreja.	➤ Fica triste, preocupada, agitada, ansiosa e chora.	➤ Inefetivo	➤ Esclarecer sobre o tratamento e medidas de prevenção da doença infecto-contagiosa. ➤ Ouvir e confortar a cliente.

6.1.3. Relaxamento

Objetivando minimizar o estresse decorrente do tratamento dialítico, realizamos técnicas de relaxamento e entretenimento com os clientes, durante algumas sessões de diálise. As atividades eram realizadas uma vez por semana, em dias alternados, no período matutino e vespertino, de forma a abranger todos os clientes.

A primeira atividade desenvolvida foi a apresentação de um vídeo de comédia escolhido pelos clientes.

Segundo Simon (1988), o humor pode ajudar no alívio da raiva e da tensão de um modo aceitável. As vezes, o humor permite a alguém superar uma situação, evitar sentimentos dolorosos ou ganhar outras perspectivas em situações estressantes.

Uma outra atividade recreativa foi com giz de cera e papel. Solicitamos aos clientes que através de desenhos, que podem ser observados no anexo 04, expressassem seus sentimentos com relação a doença, a qualidade de vida e como estavam se sentindo-se no momento. Quando questionamos o significado de cada desenho, obtivemos ao seguintes depoimentos:

- Com relação a doença:

“É uma luta, tem que ter força. Encontro pessoas que me ajudam e que me fazem ter esperanças, só que às vezes o choro é inevitável Tudo isso está voltado para uma luz no fim do túnel, o transplante” (G.Mendana, 63 anos).

“A doença é como as minhas veias que estão entupidas, é uma bola que está perto de mim e não posso chutá-la para longe, é um ciclo” (D. Aruna, 48 anos).

- Com relação da qualidade de vida:

“Qualidade de vida é ter uma família, amigos e um trabalho” (A. Nero, 20 anos)

“É ficar em paz” (*G. Mendana, 63 anos*).

- Com relação a como estavam sentindo-se no momento:

“Eu sou essa estrela, só que ela está fracassando, não tem brilho. Está é minha casa não a casa que tenho, porque ela não está acabada, não tem pintura. Nesta casa não há porta, porque as portas não se abrem na minha vida” (*G. Mendana, 63 anos*).

“Estou com esperança de um dia lindo e um futuro maravilhoso” (*A. Nero, 20 anos*)

Consideremos que além de ajudar as pessoas a expressarem seus sentimentos sobre a doença, a arte pode servir como meio de diversão, relaxamento e pode fortalecer a auto-estima.

Outra técnica utilizada foi a realização de um bingo em parceria com o serviço social e com as voluntárias do H.U., que forneceram os brindes sorteados.

Nos empenhamos em promover essa atividade, já partindo do princípio que as reações seriam diferentes, observamos que alguns clientes que participavam desta, encontravam-se desmotivados. Podemos associar esse fato, à condição de saúde dessas pessoas, pois existiam fatores como: dor e preocupações com a fístula, que influenciavam as suas atitudes.

Segundo Carvalho (1985, p. 32), em um hospital geral é comum a existência de pacientes que apresentam distúrbios emocionais. O mais freqüente, é que estes distúrbios sejam consequência de reações vivenciadas pelo indivíduo, a doença somática e o próprio processo de hospitalização, acrescido de reações inerentes do tratamento a que a pessoa é submetida. O mesmo autor, ainda afirma que o paciente que não encontra canais abertos de comunicação, passa a sofrer de distúrbios emocionais, consequentes a medo e à angústia que o sentimento de finitude humana traz.

Apesar das dificuldades encontradas percebemos que foi de grande valia, pois conseguimos proporcionar um momento de distração e relaxamento da clientela.

Promovemos também leituras de textos de otimização e humanizamos o ambiente com arranjos florais. Desta forma concordamos com Sáenz (1991), quando afirma que “no contexto hospitalar a atividade recreativa e de relações, se convertem em uma ferramenta terapêutica que permite obter o bem estar físico, proporcionando a oportunidade de aprender, criar, divertir-se e estabelecer relações interpessoais”.

Além dessas atividades, visando ainda a redução do estresse, convidamos uma enfermeira/professora da Disciplina de Métodos Terapêuticos Alternativos do Departamento de Enfermagem da U.F.S.C., para realizar palestra aos clientes renais, abordando os temas: utilização dos alimentos que interferem na energia do rim e técnicas de relaxamento com auxílio de musicoterapia.

É válido ressaltar que a música esteve presente em todas as atividades propostas. Segundo Sáenz (1991) “o valor da música como uma ferramenta para curar o corpo e o espírito é evidente na história da terapia musical. Como uma forma universal de comunicação, a música pode ser uma forma de derrubar barreiras culturais, lingüísticas e educacionais, e assim, melhorar a auto-estima, a complacência e reduzir a ansiedade”.

Percebemos que com a realização das atividades recreacionais, estimulando a participação efetiva dos cliente, foi possível minimizar, de forma significativa, agentes estressores decorrentes do tratamento dialítico.

Havíamos proposto que estas atividades fossem realizadas antes das sessões de diálise, porém refletimos sobre a possibilidade de serem efetivadas durante as sessões, haja vista que os clientes permaneciam um longo tempo desocupados e também por considerarmos que interferíamos no processo de instalação dos clientes na máquina.

Os clientes que foram encorajados a participarem das atividades recreacionais freqüentemente disseram que o tempo passou rapidamente ou que foi pelo menos melhor aproveitado, conforme os relatos a seguir:

“Que bom que vocês estão aqui conosco, isso deveria ser feito mais vezes, pois o tempo passou rápido” (P. Blumei, 41 anos).

“Vou sentir falta de vocês, ninguém fez isso antes, parabéns” (D. Aruna, 48 anos).

6.1.4. A participação dos familiares

No ambiente hospitalar tivemos poucas, mas significativas oportunidades para discutir com familiares o processo de conviver com o cliente portador de I.R.C. e de compartilharmos os nossos conhecimentos, no sentido de aliviar seus estressores e ajudá-los a encontrar maneiras mais efetivas de enfrentá-los.

Pois a condição crônica segundo vários estudos, são geradores de desafios e ou estressores, exigindo respostas de enfrentamento desse indivíduo, mas não devemos nos esquecer que as enfermidades crônicas afetam também toda a família; não somente nos membros da família que se envolvem nos cuidados da doença crônica de um ente querido, como também a vida da família pode ser dramaticamente alterada pela doença crônica, sobretudo se ela é grave. Inversão de papéis, papéis não preenchido, perda do poder aquisitivo, tempo investido cuidando da doença, diminuição da atividade familiar e da socialização e do custo do tratamento pode criar tensão, estresse e cansaço na família. O efeito na família pode ser profundo, algumas vezes unindo seus membros, outras separando-os (Smeltzer & Bare, 1998).

No transcorrer das conversas os familiares relataram as dificuldades encontradas no processo de cuidar; como pode ser verificado em alguns depoimentos:

“Não consigo fazer ela entender que ainda está viva, ela se entregou a doença, ela é muito teimosa, não entende que deve se tratar” (filha de C. Ione).

“Eu trabalho, não tenho tempo de cuidar dela, não posso ir à minha igreja” (Filha de A. Calidonia).

“O meu pai faz tudo pra ela, tornou-se dependente” (filha de C. Ione).

Procuramos discutir com os familiares a relação cliente/família, no sentido de encontrarem estratégias de enfrentamento mais efetivas para as situações

que encontraram no seu dia-a-dia, os quais os clientes/família poderiam vir a utilizar de acordo com experiência de vida.

Observamos as mudanças que ocorreram no cotidiano dessas famílias, possivelmente interligadas com as implicações da doença.

6.1.5. Educação em saúde

Com esta estratégia pretendíamos promover mais especificamente atividades de cunho educativo, envolvendo tanto os clientes do C.T.D. como também os funcionários presentes.

Para iniciarmos nossas atividades educativas, buscamos primeiro, familiarizarmo-nos com os clientes renais através de nossas atividades de cuidado o que incluía especialmente nossas conversas, onde identificávamos as necessidades da clientela.

A partir disso, planejamos e executamos 04 atividades educativas, sendo 02 individuais e 02 coletivas, com os clientes das sessões de H.D.

A primeira atividade educativa aconteceu no dia 20/04/2000, no período matutino no C.T.D.-H.U. com o cliente (*A. Nero, 20 anos*), que havia questionado a respeito das causas do rim policístico. Esta necessidade de maior informação surgiu a partir de uma conversa informal. Nessa primeira experiência abordamos temas relacionados ao rim policístico conforme sugerido pelo cliente. Como material didático utilizamos o livro "Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos", Riella (1996). A atividade se deu através de leitura participativa com o cliente e apresentação de ilustrações (figuras), percebemos que ao final da leitura o cliente demonstrava-se satisfeito com as informações apresentadas quando colocou:

"Estou satisfeito, gostei bastante pela atenção que me deram" (*A. Nero, 20 anos*).

A segunda atividade educativa aconteceu no dia 03/05/2000 no período matutino, da qual participaram a cliente (*J. Hierta, 46 anos*) e um familiar. O tema e a metodologia adotada para sua realização foram a técnica cirúrgica de F.A.V. e

a apresentação de gravuras. Percebemos essa necessidade quando conversamos com a cliente no período pré-operatório, onde ela expressava ansiedade e preocupação com o ato cirúrgico.

Concordamos com Beland & Passos (1979, p. 92), quando refere, que “um ato cirúrgico por, menor que seja, é sinônimo de crise para a maioria das pessoas e determina comportamentos semelhantes aos de outra situação traumática qualquer”. Assim, para a autora, o medo da cirurgia pode ser decorrente da falta de conhecimento, de falso conhecimento, ou de conhecimento verdadeiro, cujas causas devem ser avaliadas, e o paciente esclarecido, em tempo hábil, para diminuir a ansiedade pré-operatória.

Percebemos que ao final da atividade a cliente demonstrou-se mais confiante.

A terceira e a quarta atividades aconteceram no dia 30/05/2000. Participaram 02 clientes, 02 funcionários e um familiar. Utilizamos como metodologia para realização dessas atividades: a dinâmica de grupo e o uso do vídeo.

Para que fosse possível o desenvolvimento dessa dinâmica, tivemos que organizar as cadeiras de maneira que os funcionários e nós pudéssemos formar um círculo juntamente com os clientes que estavam dializando nas máquinas. Antes de iniciarmos, explicamos como aconteceria a dinâmica e esclarecemos que a nossa intenção era compartilhar conhecimentos e fazer uma discussão de forma interativa a partir de sua própria realidade.

Segundo Viggiano (1988, p. 28), “Não há educação se não houver durante o processo de instrução, a participação ativa do educando, agindo e vivenciando cada atividade, que deverá ocorrer primariamente a partir do momento em que o educador perder a postura de transmissor e detentor da verdade para a postura de conduzir o educando respeitando suas dificuldades”.

Baseados no texto, “Vias de acesso para hemodiálise crônica”, de Schmitz (1991), elaboramos 10 perguntas simples (anexo 05) relacionadas ao cotidiano, para que os clientes tivessem condições de responde-las.

A dinâmica aconteceu da seguinte maneira: enquanto a música tocava uma caixinha contendo as perguntas passava de mão em mão. No momento em que a música parava de tocar, a caixinha parava de passar e nessa hora, a pessoa que

estivesse segurando a caixinha, tirava uma pergunta e tentava responder. Se essa pessoa não conseguisse responde-la, outra pessoa do grupo poderia ajudar. A nós caberia coordenar a dinâmica e contribuir com nossos conhecimentos nas ocasiões necessárias.

Um fato que nos chamou a atenção foi que tanto quem possuía a F.A.V. quanto quem não à possuía, estava bem orientado quanto aos cuidados.

Ao final da atividade solicitamos que, os participantes relatassem suas opiniões a respeito da mesma, como exemplificaremos a seguir:

“Para mim foi 10, porque o tempo passou rápido se tivesse mais brincava até as 05 horas, foi bem divertido” (*P. Blumei, 41 anos*).

“Tem que haver mais atividades, mais estímulo, quanto mais informações chegarem para vocês (acadêmicos e clientes) eu acho que é muito importante, foi muito válido” (*funcionária*).

No mesmo dia, após esta atividade, apresentamos aos cliente a exposição de um vídeo sobre a técnica cirúrgica para confecção da F.A.V., para que houvesse maior compreensão através da visualização do ato. Porém, este objetivo não foi completamente alcançado, porque não se tratava de um vídeo educativo e sim de um vídeo amador.

Percebemos que essas atividades vieram ao encontro de nossas expectativas, pois promoveu o processo ensino–aprendizagem num clima descontraído, e também, promoveu a integração entre equipe, cliente e acadêmicos.

Estas atividades também permitiram minimizar alguns fatores estressantes, como o tempo de permanência na máquina, conforme relatado anteriormente pelo cliente (*P. Blumei, 41 anos*).

6.1.6. Fundamentação teórica

No decorrer do estágio, quando surgiam dúvidas durante as conversações sobre como enfrentar as situações consideradas estressantes por parte dos clientes, estes recorriam a nós. Procuramos então facilitar a compreensão dos mesmos, compartilhando os conhecimentos, através de leituras sobre enfrentamento contidas em nosso projeto assistencial, além de buscarmos apoio com a nossa orientadora.

Houve também a necessidade de buscarmos mais referenciais bibliográficos que nos dessem suporte para auxiliá-los, ampliando assim, nossos conhecimentos, além de promovermos um crescimento pessoal de ambas as partes.

Uma das dificuldades encontradas para dar sustentação teórica sobre enfrentamento, foi a ausência de referenciais bibliográficos sobre o tema, mais especificamente, ligado a I.R..

Obtivemos apenas 02 estudos, 01 realizado por Souza (1991), que objetivava identificar o significado de qualidade de vida das pessoas diabéticas e a outro de Viney & Wesbrook (1982), que abordava as estratégias de enfrentamento de pessoas e condições crônicas de saúde. (Incluimos estes textos no item Revisão de Literatura).

Apesar das poucas bibliografias que acrescentamos, fizemos uma relação entre os estudos com estas doenças crônicas e a I.R.C. que tratavam basicamente, sobre o estresse causado pela condição crônica de saúde. Ampliando assim, o nosso conhecimento para que juntamente com o cliente, desenvolvêssemos as estratégias de enfrentamento.

Quando sentimos dificuldades para encontrar referenciais bibliográficos sobre o tema, fizemos uma reflexão sobre a teoria do enfrentamento e buscamos nela um método de compreensão que nos permitisse relacionar a teoria com a prática.

6.2. OBJETIVO 2: IDENTIFICAR OS PRINCIPAIS ESTRESSORES QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (I.R.C.) EM TRATAMENTO DIALÍTICO NO H.U.

O Quadro 03 a seguir apresentado permite a visualização dos estressores que foram identificados a partir do instrumento de coleta de dados já apresentado. Após obtermos essas informações utilizamos uma metodologia qualitativa de análise, seguindo os seguintes passos:

- 1) leitura e releitura dos instrumentos, procurando compreender o sentido das informações;
- 2) destaque dos estressores, elaborando listagem dos mesmos;
- 3) identificação de semelhanças entre os estressores, criando um código de identificação;
- 4) criação de subcategorias que incluíam os estressores e
- 5) reagrupamento dessas subcategorias em categorias.

Nesse processo de análise, foi possível identificar 05 (cinco) categorias:

- A) Alteração na rotina de vida;
- B) Desconforto físico;
- C) Alteração nos relacionamentos sociais;
- D) Condição Financeira;
- E) Expectativas com relação ao futuro.

Essas categorias foram formadas a partir das subcategorias, conforme consta do Quadro 03.

QUADRO (3)- ESTRESSORES DECORRENTES DA CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E TRATAMENTO DIALÍTICO

CATEGORIAS	SUB- CATEGORIAS
A) Alteração na rotina de vida:	<ul style="list-style-type: none"> • Dispendio de tempo: <ul style="list-style-type: none"> - para deslocamento; - na máquina. • Alteração nos horários: <ul style="list-style-type: none"> - do sono; - para ministrar a medicação. • Limitação para o trabalho; • Restrição ao lazer; • Restrição de alimentos e líquidos; • Dependência da máquina.
B) Desconforto físico:	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaléia, tontura, cansaço, alteração da pele, diarreia, dor na inserção do catéter; • alteração no bem-estar/ disposição para o cotidiano.
C) Alteração nos relacionamentos sociais:	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade para manter relacionamento com amigos e família; • Solidão; • Conflitos familiares: <ul style="list-style-type: none"> - problemas com os filhos, netos, - afastamento do lar (filhos/ esposa). - dependência da família - alterações na relação com esposa (o
D) Condição Financeira:	<ul style="list-style-type: none"> • Perda financeira por afastamento do trabalho ou aposentadoria; • Gasto com o tratamento.
E) Expectativas com relação ao futuro:	<ul style="list-style-type: none"> • Medo da evolução da doença; • Medo da morte; • Possibilidade de HIV mais ou hepatite; • Possibilidade transplante renal; • Conflito entre imposições da Igreja e o tratamento realizado (HD).

A categoria **“ALTERAÇÃO NA ROTINA DE VIDA”** foi assim denominada por incluir relatos que falam da necessidade de mudar o seu cotidiano, seja, por exemplo, pelo tempo dispendido para o tratamento, pelas restrições causadas pela doença ou pela dependência causada pela máquina de hemodiálise.

Exemplificamos as subcategoria correspondentes com os depoimentos a seguir:

“Ter que sair de casa, três vezes por semana, para vir ao hospital me deixa nervosa, perco muito tempo” (*D. Aruna, 48 anos*).

“Gostava de beber e comer churrasco com meus amigos, quando lembro que não posso mais fazer isso, fico angustiado” (*P. Blumei, 41 anos*).

“Fico estressado por saber que dependo da máquina, minha vida é ela” (*A. Nero, 20 anos*).

Segundo Taylor (1992, p.99-100), “A dependência de um dispositivo mecânico para a sustentação da vida cria ansiedade em quase todos os indivíduos. Além disso o indivíduo sente-se rancoroso ou com raiva podendo ficar deprimido e responder com choro, desinteresse por aquilo que o cerca e falta de comunicação.

A máquina de H.D. pode provocar uma profunda reação emocional no indivíduo, já que suas atividades estão circunscritas a necessidade de ficar ligado na máquina por horas, e esses horários interferem em seu trabalho, em sua capacidade de ganhar a vida, em sua convivência social, em sua convivência familiar afetando assim, todo seu cotidiano”.

Essas alterações podem levar o cliente a ter a perda da confiança, de sua auto estima, exigindo apoio emocional e compreensão da equipe que o assiste.

A categoria **“DESCONFORTO FISICO”** foi assim designada por possuir relatos que falam sobre a presença dos sintomas decorrentes da doença e do tratamento, como mostram os depoimentos a seguir:

“Por causa da fraqueza que sinto, não consigo tomar banho sozinha, fazer crochê, que eu adoro, além dos serviços de casa. Da última vez que vim para o hospital, estava tão fraca que cheguei aqui de “gatinho” (choro...) (D. Aruna, 48 anos).

“Sou diabética e hipertensa, cada vez que deixo de tomar os remédios sinto dores de cabeça fortes e vontade de vomitar” (C. Claudilha, 77 anos)..

“Venho para cá a pé, moro longe, sinto muito cansaço e dores no corpo” (P. Pericles, 56 anos).

A experiência de uma condição crônica de saúde traz consigo manifestações físicas ou mudanças corporais. Esta perda pode ser de maior ou menor intensidade, variando de indivíduo para indivíduo, podendo consistir na necessidade de um maior esforço por parte do paciente para realizar suas atividades de costume, ou levá-lo a uma incapacidade maior, como a perda da capacidade de locomoção e de trabalho. Straus & Glaser apud Silva (1990), relatam que controlar os sintomas deve fazer parte do regime de tratamento, sendo importante o indivíduo descobrir as idiossincrasias do seu próprio corpo para melhor controlar estes sintomas.

Miller (1983), relatou que quando qualquer sistema corporal está comprometido pela doença, a força que permite ao indivíduo agir, está diminuída.

Segundo, Viney & Westbrook (1984), o receio da dor, da mutilação corporal, da morte, além da preocupação com o futuro são ameaças que o indivíduo cronicamente doente precisa enfrentar.

O tratamento pode prolongar a vida, porém não controla completamente as alterações, não cessa a evolução natural da doença e, a longo prazo, produz resultados imprevisíveis e inconstantes.

E além disso pode ocasionar anormalidades, incômodos e complicações.

A categoria **“ALTERAÇÃO NOS RELACIONAMENTOS SOCIAIS”**, recebeu essa designação por incluir depoimentos que falavam sobre as mudanças nos relacionamentos influenciados pela doença, como o

distanciamento dos amigos e da a família, bem como a solidão que isso acarretava. Como pode ser observado nos seguintes relatos:

“Meus filhos, meus irmãos depois que souberam da minha doença não me procuraram mais, não sei o que eles pensam... (choro)” (*A. Calidonia, 55 anos*).

“Antigamente meus amigos me procuravam na minha casa para beber e jogar nos bares, depois que souberam que estava doente se afastaram de mim, acho que eles pensam que estou com uma doença contagiosa, fico triste quando penso nisso” (*D. Aruna, 58 anos*).

“Fico revoltado por não poder contar com a minha família (esposo/filhos), procuro explicar o que está acontecendo, mas a família não quer saber, me sinto sozinho” (*G. epaminondas , 44 anos*).

As alterações nos relacionamentos sociais, incluindo os amigos e os familiares, foram vistas por diversos autores, conforme Silva (1990), como demonstrativas da importância das relações sociais na vida do indivíduo e de como a condição crônica de saúde pode afetá-los, provocando grandes prejuízos.

Segundo Brown e Harris apud Helman (1994, p. 252), um relacionamento íntimo baseado na confiança interpessoal ajuda a protegê-la do estresse e de transtornos psiquiátricos. Helman (1994, p. 252), também relacionam o meio social com o estresse. Segundo eles, o apoio social e o senso de coesão de grupo protegem do estresse, enquanto que o senso de responsabilidade pessoal em relação aos outros, aumenta a resposta física ao estresse. O estresse pode ser agravado também por pressões no ambiente de trabalho (pressões no sentido de completar grande número de transações por unidade de tempo), por inseguranças (sobre a possibilidade de vir a sofrer danos físicos ou patológicos) e por mudanças no meio psicossocial (tais como transferências de cargo profissional ou demissões).

Através destas citações, percebemos que é fundamental o preparo do cliente renal crônico em tratamento dialítico reintegrando-o no contexto social,

familiar e profissional, deste modo proporcionando a melhora de seu estado de saúde.

Os conflitos familiares representam depoimentos que falavam da preocupação com a distância dos familiares e a dependência decorrente da condição crônica de saúde. Como mostram os relatos a seguir:

“Os meus filhos quase não podem me visitar, sei que eles trabalham, que têm família, mas mesmo assim fico triste e preocupada. Sinto vergonha ter que depender dos outros” (*C. Ione, 65 anos*).

“A saúde da família, embora diferente da saúde de seus membros, está, no entanto, interligada à mesma. Desta forma, uma família que funciona como um sistema fechado em termos de comunicação, não trocando energias com outros subsistemas, pode influenciar negativamente a saúde de seus membros, que terão problemas para iniciar relações com outras pessoas não pertencentes ao círculo familiar” (Elsen, 1984, p. 68).

Observamos que a família tem o papel importante em manter e estabelecer a saúde de seus membros. Porém não devemos esquecer que a doença crônica afeta toda a família, alterando dramaticamente a vida familiar podendo ter efeitos como conflitos, separações, ou de outro lado, promover a união.

A categoria **“CONDIÇÕES FINANCEIRAS”**, recebeu esta designação, pois contém relatos sobre as dificuldades econômicas enfrentadas para manutenção do tratamento e decorrentes de impossibilidade de trabalho, conforme os relatos a seguir:

“Não como direito e não tomo os remédios para pressão porque não tem no posto e também não tenho dinheiro para comprar, fico preocupada e a minha pressão sobe” (*G. Mendana, 63 anos*).

“Antes trabalhava em dois empregos, agora estou aposentada e a minha renda diminuiu, fico preocupada, pois os remédios são caros” (*D. Aruna, 48 anos*).

Os fatores econômicos são também relevantes para a resposta ao estresse: a pobreza e o desemprego são fatores estressantes importantes em qualquer comunidade, bem como perdas e inseguranças financeiras, resultantes de problemas de saúde mental ou físico.

Silva (1990), relata que a doença crônica tem longa duração, podendo acompanhar o indivíduo por toda a sua vida. O controle de sua condição crônica de saúde, geralmente requer, por parte do paciente, gastos adicionais, levando-o a ter perdas financeiras, ou seja, obrigando-o a dispensar parte da renda familiar com o controle de sua condição crônica de saúde. Ressalta ainda que podem ocorrer alterações no trabalho do indivíduo como resultado da doença crônica, porém, se o regime de tratamento for conduzido adequadamente, muitos indivíduos podem retornar ao seu emprego ou, caso isto não seja possível, realizar um outro trabalho adaptado às suas condições físicas.

Com esse estudo percebemos que a condição crônica de saúde interfere no processo de viver das pessoas com I.R.C., nos aspectos: emocional, social, financeiro, espiritual, psicológico e biológico, que estão interligados entre si, fazendo com que esses indivíduos sintam-se ameaçados, desafiados e que tenham sensações de perdas.

A categoria **“EXPECTATIVAS COM RELAÇÃO AO FUTURO”** recebeu essa denominação por incluir depoimentos que demonstravam o medo e a incerteza do futuro. A seguir alguns relatos de pessoas que faziam parte de nosso estudo:

“Tenho que ir para máquina, mas tenho medo de precisar receber transfusão de sangue pois a minha religião não permite”(*J. Hierta, 46 anos*).

“Tenho medo de dormir enquanto estou na máquina, acho que não vou acordar mais” (*C. Claudilha, 77 anos*).

Miller (1983), encontrou como uma tarefa do indivíduo cronicamente doente manter a esperança, apesar da incerteza ou do curso descendente da doença.

Para esta autora, a esperança é uma força de sustentação do indivíduo para evitar que ele se desespere. No entanto, manter uma esperança irrealística no futuro é considerado como uma maneira de enfrentamento negativo, ou seja, que impede o indivíduo de enfrentar a ameaça. Schneider (1980), acrescenta que a esperança é necessária para se viver sob circunstâncias normais, mas durante períodos de crise, a esperança se torna essencial para a existência biológica e psicológica.

A doença crônica faz com que o indivíduo diariamente vivencie conflitos de longa duração causando ansiedade que podem afetar o processo de viver e suas perspectivas futuras.

Percebemos assim que a I.R.C. trouxe mudanças significativas à vida dessas pessoas, como podemos observar na maioria dos relatos, que mostram que esta situação é bastante estressante.

Sem dúvida, as mudanças que ocorrem no cotidiano dessas pessoas, são decorrentes, em grande parte do tratamento necessário, que pode ser considerado agressivo, por requerer a introdução de objetos estranhos no corpo (agulha/catéter), além de rigoroso e sistemático.

Esta situação requer profissionais capacitados e que possam facilitar a compreensão da importância do tratamento para manutenção da vida. A (o) Enfermeira (o) é um dos profissionais que participam efetivamente do processo de cuidar aos clientes renais e tem como responsabilidade assistir, orientar, educar, além de buscar o desenvolvimento de maneiras efetivas de enfrentamento dos estressores decorrentes do processo de viver com a condição crônica de saúde.

6.3. OBJETIVO 3: AMPLIAR A COMPREENSÃO DOS ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS; ADMINISTRATIVOS E TECNOLÓGICOS(EQUIPAMENTOS), ENVOLVIDOS NO TRATAMENTO DIALÍTICO.

6.3.1. Fístula Artério-Venosa

Para ampliar o conhecimento a cerca dos tipos de acessos vasculares utilizados para H.D., um dos alunos acompanhou a confecção cirúrgica de uma F.A.V. no Centro Cirúrgico do H.U, no dia 29/03/00, tendo início às 13:40 horas e término às 17:00 horas.

O cliente proveniente do C.T.D. foi encaminhado ao Centro Cirúrgico para confecção de uma segunda fístula, em consequência da primeira não possuir frêmito devido a síndrome do roubo. Durante o ato cirúrgico foi observado que o cliente apresentava-se nervoso e pouco comunicativo, revelando um grau elevado de estresse decorrente de seu medo e ansiedade. De qualquer maneira procurou mostrar-se confiante e seguro, pois estava acompanhado pela acadêmica. Foi possível observar ainda a apreensão da equipe médica após avaliarem o membro e constatarem que o mesmo possuía vasos de pequeno calibre, o que possivelmente dificultaria a técnica cirúrgica. Durante a realização da mesma, ocorreram alguns imprevistos como falta de material, necessitando assim de um tempo prolongado para a sua finalização, tornando o ambiente estressante tanto para a equipe quanto para o cliente.

O ato cirúrgico foi filmado em vídeo para que pudéssemos compartilhar essa experiência entre o grupo e com outras pessoas. Para isso contamos com a colaboração da equipe médica que esclareceu cada passo do procedimento. Percebemos a partir dessa experiência, a importância do cuidado com a F.A.V. no sentido de prevenir complicações, pois observamos o quanto o ato cirúrgico influencia no comportamento do cliente ocasionando ansiedade e medo, além de acarretar transtornos para o seu cotidiano, já que se trata de um acesso que permite seu tratamento e inclusive a manutenção de sua vida.

6.3.2. Aspectos técnicos dos equipamentos

Diante de tantas técnicas importantes para realização da diálise, sem dúvida, uma delas está relacionada ao processo de limpeza e desinfecção do material de diálise. Isso se faz necessário para total segurança do cliente, o que torna o procedimento de mais qualidade. Para que tal procedimento pudesse ser executado por nós, foi necessário adquirir conhecimentos e experiência que iniciou no estágio extracurricular já citado. Essa experiência nos permitiu atuarmos de forma efetiva e com muita responsabilidade, concomitantemente com a equipe de Enfermagem do Setor, em todos os passos, incluindo: retirada do cliente da máquina; desencrostação e desinfecção das linhas, o que era realizado manualmente com auxílio de uma pinça; limpeza e desinfecção da máquina; além de todo o processo de limpeza do dialisador. Com isso, percebemos que esta técnica é *termos* essencial e importante para com habilidade com a máquina, além de ser uma forma de aproximação com o paciente seguido de um vínculo de confiança e amizade.

6.3.3. Interação com a equipe

Desde o início do estágio recebemos a compreensão e apoio da equipe de Enfermagem do C.T.D. - H.U. Quando nos sentíamos inseguros para realizarmos alguns cuidados de Enfermagem, percebíamos que os funcionários estavam atentos e dispostos a nos auxiliar, através de palavras de incentivo ou discussões construtivas acerca de nosso projeto assistencial, contribuindo com idéias e sugestões para o nosso melhor desempenho no estágio.

Durante as atividades que nós propusemos, podíamos contar com a participação da equipe, apesar de simultaneamente prestarem assistência aos clientes em diálise. Contribuíram de forma significativa com suas experiências de trabalho e de vida.

Tivemos a contribuição especial, de nossa supervisora que nos acolheu durante todo o período de estágio, nos transmitindo confiança e responsabilidade, deixando-nos seguros para realização da prática assistencial e facilitando a

compreensão dos aspectos teórico-práticos, através de discussões, acrescentando assim, conhecimentos em nosso processo de aprendizagem.

Acreditamos também que nossa atuação junto com a equipe multiprofissional foi de grande valia, pois compreendemos a importância da atuação conjunta entre profissionais da saúde. Outro aspecto importante, foi que nossa proposta trouxe novos elementos para a assistência, que propiciou a equipe do C.T.D., reflexões sobre suas atividades.

6.3.4 Visita a outros centros de tratamento dialítico

Com essa atividade pretendíamos conhecer a realidade de outras instituições nos estados de Santa Catarina e Paraná, enfocando o enfocando os avanços tecnológicos e os aspectos físicos e funcionais envolvidos no tratamento dialítico, especialmente considerando a Portaria 082 de 03 de Janeiro de 2000 do Ministério da Saúde-Brasil.

A primeira visita ocorreu no dia 20 de maio de 2000 no período das 8:00 às 9:00 horas na Clínica Evangélica, situada a rua Augusta Stellfield, 1908, Bigurilho, Curitiba - PR.

A Segunda visita ocorreu no mesmo dia no período das 10:00 às 13:00 horas na Clínica Cajurú, situada a rua São José, 800 Cajurú - Curitiba- PR.

A terceira visita aconteceu no dia 22 de maio no período das 8:00 horas às 13:00 horas na Fundação Pró - Rim em Joinville- SC.

Nestas visitas utilizamos como guia o roteiro para avaliação dos centros de tratamento dialítico (anexo 06), elaborado por nós, que é composto basicamente pelos itens:

- Identificação do serviço;
- Aspectos físicos (área que compõe a unidade);
- Aspectos tecnológicos (máquinas de hemodiálise);
- Aspectos relacionados a humanização do ambiente.

A nossa proposta era de avaliarmos os aspectos acima citados usando como referência a referida Portaria, que preconiza os padrões que devem ser seguidos pelas Unidades de Tratamento Dialítico em todo o Brasil.

Após a aplicação do instrumento percebemos a facilidade na utilização deste, por ser objetivo, já que possuía espaços para serem assinalados, tornando-o prático. A partir disso criamos um quadro: síntese dos dados da avaliação dos Centros de Tratamento Dialítico (anexo 07). Desta forma chegamos aos seguintes dados:

- Com relação aos aspectos físicos:

As três clínicas possuíam os itens avaliados, exceto no caso da que se encontrava em reforma no período em que ocorreu a visita. Considerando este aspecto, percebemos que os serviços visitados tinham preocupação com a adaptação da estrutura existente, de forma a atender o que é estabelecida pela Portaria.

- Com relação aos Aspectos Tecnológicos:

Todas possuíam equipamentos com os dispositivos avaliados.

- Com relação a Humanização do Ambiente:

Percebemos neste item uma diferenciação entre as clínicas visitadas.

A clínica Evangélica possui equipamentos como: TV, aparelho de som, ventiladores de teto, além de contar com apoio do serviço de psicologia. Já a clínica Cajurú possui apenas os equipamentos acima citados, e a Fundação Pró-Rim destacou-se por possuir os equipamentos já referenciados, além de poder contar com o apoio do serviço de terapia ocupacional, coordenado por uma terapeuta e auxiliado por estagiários do curso de terapia ocupacional e serviço de psicologia.

Percebemos que é fundamental proporcionar ao cliente que permanece por longo período de tempo no ambiente hospitalar, oportunidades de realizar atividades que ocupem o seu tempo livre, fazendo com que participe de atividades de integração social, para que não se sintam discriminado e inútil, diminuindo o seu estresse e contribuindo para o seu bem estar mental.

Ao encontramos essa realidade em um dos centros que visitamos, ficamos satisfeitos por saber que há profissionais que valorizam a promoção do bem estar bio-psicosocial do cliente renal.

Achamos que esta atividade foi válida, pois tivemos a oportunidade de conhecer de perto práticas diferenciadas de atendimento aos clientes renais, contribuindo assim com uma ampliação e acúmulo do conhecimento, tanto para nossa futura vida profissional, como também para nós enquanto seres humanos.

Observamos o empenho dessas clínicas em adaptarem-se ao modelo da Portaria em vigência, deixando claro que aspectos ambientais e tecnológicos quando melhorados, contribuem para uma assistência humanizada e com qualidade.

Fazendo uma comparação entre as três clínicas visitadas e o nosso campo de estágio, o C.T.D-H.U., no que se refere aos aspectos físicos, observamos que este segue os itens avaliados, na sua grande maioria, exceto no que diz respeito a funcionamento de salas para clientes HbsAg+, que atualmente está desativada. Com relação aos aspectos relacionados ao ambiente, também está dentro dos padrões. Com relação aos outros centros, no que se refere a humanização do ambiente, o H.U encontra-se desfavorecido por não possuir equipamentos e profissionais específicos (psicólogo/terapeuta ocupacional), para este fim.

Nas outras unidades visitadas, percebemos que tratavam-se de instituições não governamentais, sendo assim os recursos financeiros são provenientes de doações e convênios. Situação esta que não ocorre no H.U, pois este encontra-se defasado por não haver investimentos mais consistentes. Porém destaca-se pela dedicação da equipe de Enfermagem em proporcionar um ambiente agradável, além de promoverem o bem estar dos clientes.

6.3.5. Compartilhar com a equipe estratégias para minimizar o estresse do cliente

Observamos que a unidade não possui profissionais específicos para desenvolverem atividades ocupacionais enquanto o cliente realiza o tratamento dialítico.

A equipe de Enfermagem que presta assistência no setor, provavelmente, por falta de incentivo, motivação, materiais, tempo e espaço físico, não realizam estas atividades. Outro fator agravante, é a falta de sensibilização de alguns

profissionais da importância da realização de atividades que minimizem o estresse decorrente do tratamento.

No transcorrer do estágio, enquanto realizávamos atividades com essa finalidade, conseguimos envolver a Equipe de Enfermagem, bem como, o serviço social sensibilizando-os quanto a necessidade de uma assistência humanizada.

6.4. OBJETIVO 4: PARTICIPAR DE ATIVIDADES QUE INTEGRAM ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA ÀS PESSOAS COM I.R.C.

6.4.1. Contribuir no processo ensino-aprendizagem

Com o objetivo de contribuirmos no processo de ensino-aprendizagem dos acadêmicos da 5ª fase do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC, ficamos responsáveis em acompanhá-los durante a visita curricular ao C.T.D.–H.U. Tendo em vista que, as visitas realizadas anteriormente eram rápidas e sucintas, sentimos a necessidade de transformá-la em uma aula planejada que continha um resumo da revisão de literatura do nosso projeto assistencial, onde acrescentamos um breve histórico do C.T.D.

A primeira aula aconteceu no dia 10/04/00. Utilizamos uma sala desativada no setor, por não haver uma sala própria e para não causarmos constrangimentos aos clientes e também pelo fato do centro possuir área física pequena, impossibilitando o trânsito e permanência prolongada dos acadêmicos no setor.

Observamos que existiram dificuldades no desenvolvimento dessa atividade, causada pela nossa inexperiência enquanto ministrantes e também pela falta de conhecimento dos acadêmicos da 5ª fase sobre o assunto, dificultando assim uma discussão interativa. Ao final da atividade solicitamos as opiniões dos acadêmicos a respeito de nossa apresentação, fato que nos despertou a necessidade de elaboração de um instrumento, o qual intitulamos “Instrumento de avaliação de aula” (anexo 08), para as próximas visitas.

A 2ª aula aconteceu no dia 27/04/00. Além dos temas acima citados, para esta aula, elaboramos outros recursos didáticos como: textos referentes ao

assunto, cartaz para ilustração da anatomia renal, fotos do estágio extracurricular para visualização de outros tipos de acesso vascular e a apresentação de um vídeo sobre confecção cirúrgica de F.A.V., ocorrida no Centro Cirúrgico do H.U. a um paciente do C.T.D.. Percebemos que com esta proposta houve a necessidade de investimento de tempo e estudo para aprofundar nossos conhecimentos e prepararmos o material adequado.

Os resultados da aplicação do instrumento de avaliação, incluíram as seguintes observações por parte dos acadêmicos:

“A aula foi muito proveitosa, porque foram tiradas as dúvidas antes de olharmos as máquinas. Além disso foi possível ter um melhor entendimento sobre a diálise, mas seria melhor revisar a fisiologia do Rim”.

“Foi muito interessante, os apresentadores souberam passar bem o conteúdo. Ficou faltando só um pouco mais de fisiologia”.

O encontro com o 3ª grupo se deu no dia 12/05/00. Acrescentamos para este grupo, um resumo sobre a fisiopatologia-renal, por concordarmos que este assunto facilitaria a compreensão do tratamento dialítico, e poderíamos compartilhar os conhecimentos específicos que adquirimos durante o estágio.

Percebemos que a nossa atuação junto aos acadêmicos da 5ª fase, contribuiu significativamente para o aprendizado dos mesmos e também contribuiu o nosso crescimento profissional.

6.4.2. Inclusão num grupo de pesquisa

Antes de começarmos a relatar nossa experiência com integrantes de um grupo de pesquisa, gostaríamos de esclarecer o que é o NUCRON. Trata-se de um grupo de pesquisa do Departamento de Enfermagem da U.F.S.C., que vem se desenvolvendo desde 1987, sendo composto por Enfermeiros, alunos bolsistas de Enfermagem e, contando com a participação de outros profissionais da saúde. O grupo visa aliar a pesquisa com a assistência e com o ensino, em especial, a grupos de clientes com problemas crônicos de saúde.

A nossa participação neste grupo, ocorreu com o projeto que vem sendo desenvolvido em três diferentes instituições, envolvendo clientes com problemas respiratórios e renais crônicos e ostomizados. Este projeto é denominado "Grupos de Convivência: alternativa para melhoria de qualidade de vida de pessoas em condição crônica".

A nossa integração originou-se a partir do convite feito por nossa Orientadora, que é integrante do grupo e está coordenando o referido projeto. O entusiasmo surgiu a partir do momento em que conhecemos a proposta do trabalho, que veio ao encontro de nossos interesses, já que uma parte da clientela assistida tratava-se de clientes renais, e também pelo fato de utilizarmos em nosso projeto assistencial, conceitos que este grupo de pesquisa utiliza em suas atividades de pesquisa e de assistência.

A nossa primeira experiência aconteceu no dia 20/03/00, no período matutino, na Unidade do Rim do Hospital Governador Celso Ramos. Tratava-se da primeira reunião entre o grupo de pesquisa e a equipe de Enfermeiros do setor, onde foi apresentada a proposta de criação de um grupo de convivência, e de desenvolvimento do projeto de pesquisa, esclarecendo os objetivos, a importância, a metodologia, a periodicidade e as atividades envolvidas.

Após os esclarecimentos, observamos a aceitação e o interesse da equipe de Enfermagem em contribuir com este projeto que envolve pesquisa e assistência através dos grupos de convivência.

Ficou estabelecido que os encontros aconteceriam às terças-feiras no período da manhã, quinzenalmente. Para que não houvesse excesso de pessoas, decidimos realizar rodízio entre nós e se houvesse possibilidade, iríamos todos ao mesmo encontro.

A Segunda atividade aconteceu no dia 04/04/00, no período matutino, quando houve uma reunião entre os pacientes de Unidade do Rim e os representantes da Associação das pessoas com problemas renais crônicos. Este encontro foi promovido pela equipe de Enfermagem e pelos coordenadores do grupo de convivência do NUCRON.

Inicialmente, foram feitas as apresentações e em seguida o presidente da Associação explicou o que era a mesma. Falou também sobre como a associação

vinha buscando recursos, seus direitos junto aos órgãos governamentais, quais as dificuldades encontradas. Abriu-se então para discussões e que incluíram assuntos como:

- Falta de medicamentos e as estratégias para resolver;
- Reivindicações dos pacientes para terem assistência médica permanente durante as sessões de hemodiálise;
- Transplantes e central de transplantes.

As apresentações foram claras e objetivas, motivando assim os clientes, a discutirem e participarem. No final da reunião foi feita uma avaliação pela enfermeira da unidade e pelos coordenadores do grupo de convivência.

Percebemos que ainda faltam informações aos clientes, muitos não sabiam da existência e ou função da Associação, como também falta de divulgação da entidade junto aos maiores interessados.

No dia 16/05/00, no período matutino, fomos convidados para coordenar uma discussão interativa acerca de "Confecção cirúrgica da F.A.V. e cuidados sobre a sua manutenção".

Participaram também desta atividade, a coordenadora do grupo de convivência, Enfermeiras, auxiliares e técnicos do setor, clientes e acadêmicos da 5ª fase da U.F.S.C.

Utilizamos como material didático, um cartaz com figuras ilustrativas sobre: tipos de acesso e estrutura anatômica. Incluímos a apresentação de um vídeo demonstrativo referente a confecção de uma fístula, que foi realizado por um dos acadêmicos quando acompanhou a realização de uma fístula no Centro Cirúrgico do H.U., conforme relatado anteriormente.

No primeiro momento, mostramos, individualmente, o cartaz considerando que o local não permite a visualização por parte de todos de um mesmo ponto. Em seguida, abrimos uma discussão, onde os clientes relatam suas experiências quanto aos cuidados que tinham para a manutenção das fístulas. Percebemos que estavam orientados para o auto-cuidado, exceto sobre a confecção cirúrgica da F.A.V., que era uma dúvida comum entre os pacientes. Essas foram sanadas quando explicamos o processo ocorrido durante o ato cirúrgico, anastomose de uma artéria e uma veia e através de ilustrações com figuras. No segundo momento,

apresentamos o vídeo anteriormente citado com o intuito de visualizarem as etapas do processo cirúrgico. O vídeo foi de difícil compreensão, pois os clientes não identificavam as estruturas ali contidas, por não se tratar de um vídeo educativo, e sim um vídeo amador.

Quando iniciamos a nossa participação no grupo de convivência tínhamos em mente que não seria possível participar ativamente de todo o processo de pesquisa, mas que iríamos adquirir alguma experiência com a formação e desenvolvimento de grupo de convivência; bem como na promoção de integração maior do grupo.

Ao participar das atividades propostas pelo grupo de convivência, ficou claro para nós que o empenho da equipe dos coordenadores e dos pacientes é fator fundamental para que este ocorra com êxito. Percebemos ainda que outros fatores devem ser considerados, como: a dificuldade para motivar os clientes a participarem das atividades, possivelmente relacionada a sua condição crônica de saúde; à disposição de tempo para o planejamento e organização das atividades, bem como os custos para manutenção das mesmas.

6.4.3. Projetos do C.T.D.

Visando melhorar a assistência prestada no C.T.D.-H.U., nós em parceria com a Enfermeira chefe do setor, nossa supervisora, propusemos a reorganização das normas e rotinas existentes na unidade (anexo 09), pois como já foi citado, anteriormente, estas não se encontravam sistematizadas e atualizadas.

Nos reuníamos, geralmente no período vespertino onde realizávamos as discussões acerca do assunto. A partir dessas discussões surgiram novas necessidades, como a elaboração de uma planta física (anexo 10), seguindo os padrões da Portaria 082 de 03 de Janeiro de 2000 do Ministério da Saúde. Coube a nós elaborá-la em parceria com um Engenheiro Civil, orientando quanto as normas de uma unidade de saúde de tratamento dialítico.

Essas atividades acrescentaram novos conhecimentos através da aproximação com a metodologia e a Filosofia utilizadas pelo Setor e pelo H.U., facilitando assim nossa compreensão teórico-prática da Assistência. Além disso, nos

deu oportunidade de conhecermos como se estruturam as normas e rotinas de uma unidade.

Deixamos como contribuição à unidade, o manual de Normas e Rotinas organizados, o que facilita o seu manuseio e o trabalho diário dos Enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem e de outras pessoas que precisarem conhecer um pouco melhor o setor.

Finalmente, podemos considerar que nossos objetivos foram alcançados tendo em vista as metas avaliativas propostas em nosso projeto. Algumas adaptações foram necessárias em decorrência da dinâmica de nosso estágio e das situações que encontramos.

No entanto, acreditamos que tais adaptações foram favoráveis pois tivemos como principal referencia a busca de uma assistência de melhor qualidade, e a construção de nosso conhecimento.

O único item avaliativo que não alcançamos na sua íntegra foi a obtenção de no mínimo cinco novas referências bibliográficas sobre estressores e enfrentamento. Isso ocorreu devido a dificuldade de acesso a estudos referentes ao tema, associados com a I.R.C. ou que tratassem mas especificamente do enfrentamento em situações de doença crônica em geral. Ficamos restritos a dois novos estudos.

6.5. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PREVISTAS

6.5.1. Mesa redonda

Com o intuito de compartilharmos conhecimentos acerca das atualidades no tratamento e no cuidado às pessoas com I.R.C., promovemos no dia 08 de maio de 2000 às 17:30 horas, no auditório do H.U, uma mesa redonda que contou com a participação de 04 Enfermeiros ligados a área, 01 médico nefrologista e 01 cliente com I.R.C. para abordarem os seguintes temas:

- **Tema: “Aspectos Fisiopatológicos da I.R.C.”.**
- palestrante: Dr. Sidney Pereira Dachi
- **Tema: “Aspectos legais do tratamento dialítico, segundo a “Portaria 82 de 03 de Janeiro de 2000”**

Palestrante: Enf^a Rosanea Maciel Vieira

- **Tema: “Avanços tecnológicos para o Tratamento da I.R.C.”**

Palestrante: Enf^o Antônio José Albino

- **Tema: “Vivência de um profissional de saúde com clientes renais e sua participação em um grupo de convivência”.**

Palestrante: Enf^a Maristela Assunção de Azevedo

- **Tema: “Assistência de Enfermagem & Humanização”**

Palestrante: Enf^a Ângela Luckner Goulart

- **Tema: “Vivência de um cliente renal”.**

Palestrante: Márcio Silveira Machado

Escolhemos estes profissionais por serem ligados a área por e terem experiência no assunto, além da aproximação que tínhamos com os mesmos.

Os mesmos abordaram as causas que levam a I.R.C.; os aspectos legais importantes para atuação da Enfermagem junto aos clientes renais; os avanços nos equipamentos para o tratamento dialítico; o compartilhamento de experiência de centros de tratamentos dialítico; e além do relato de vivência de um cliente com I.R.C. e ainda apresentação de propostas para humanização dos centros de diálise.

Participaram desse evento 125 pessoas, dentre elas Enfermeiros e acadêmicos de Enfermagem.

Utilizamos um instrumento de avaliação (anexo 11) do evento elaborado para que pudéssemos ter um retorno dos participantes. Apresentaremos alguns relatos a seguir, que ilustram as opiniões dos participantes.

“A palestra foi muito boa, discutir um assunto tão importante e que poucas pessoas dão importância hoje. Saber compreender o que cada paciente sente, como “lida” com a doença é muito bom, pois com essa experiência poderemos nos tornar futuros bons profissionais”.

“A vivência colocada pelo paciente foi emocionante e proporcionou um grande conhecimento e crescimento-lição de vida”.

“Aos realizadores do evento meus parabéns! Os profissionais convidados são de alto gabarito e o depoimento que nos foi dado, por um paciente, foi bastante enriquecedor, quando analisamos o outro lado”.

Com relação a avaliação dos itens de assinalar, obtivemos o seguinte resultado:

- horário e duração: 75% das pessoas consideraram que foi adequado;
- assunto: 88% registraram que o assunto discutido foi de seu interesse ;
- contribuição: para conhecimento 92,8% acharam que as discussões contribuíram para auxiliar seu conhecimento.

Avaliando o evento observamos que existiram pontos negativos para a sua realização, tais como: falta de recursos financeiros, e por se tratar de uma atividade não prevista em nosso projeto assistencial, demandando tempo extra para seu planejamento e organização; além de alguns palestrantes excederem o tempo disponível para a abordagem da sua temática.

De outro lado identificamos que os pontos positivos se sobressaíram, como pode ser observado na avaliação que os participantes fazem do evento. Destacamos a divulgação eficiente que abrangeu o público alvo, considerando que tivemos a participação de 125 pessoas, sendo elas acadêmicos de Enfermagem, Enfermeiros, profissionais de Enfermagem das diversas instituições de ensino e saúde do estado. Um dos aspectos que favoreceu a realização do evento foi o apoio da instituição - H.U. que nos acolheu, cedendo-nos o local, materiais e equipamentos necessários, bem como o apoio do Departamento de Enfermagem - U.F.S.C..

Contamos também com a disponibilidade dos palestrantes altamente qualificados para o desenvolvimento da temática. Destacamos o interesse demonstrado pelos alunos para a continuidade da abordagem da temática. O planejamento dessa atividade está no anexo 12.

“A vivência colocada pelo paciente foi emocionante e proporcionou um grande conhecimento e crescimento-lição de vida”.

“Aos realizadores do evento meus parabéns! Os profissionais convidados são de alto gabarito e o depoimento que nos foi dado, por um paciente, foi bastante enriquecedor, quando analisamos o outro lado”.

Com relação a avaliação dos itens de assinalar, obtivemos o seguinte resultado:

- horário e duração: 75% das pessoas consideraram que foi adequado;
- assunto: 88% registraram que o assunto discutido foi de seu interesse ;
- contribuição: para conhecimento 92,8% acharam que as discussões contribuíram para auxiliar seu conhecimento.

Avaliando o evento observamos que existiram pontos negativos para a sua realização, tais como: falta de recursos financeiros, e por se tratar de uma atividade não prevista em nosso projeto assistencial, demandando tempo extra para seu planejamento e organização; além de alguns palestrantes excederem o tempo disponível para a abordagem da sua temática.

De outro lado identificamos que os pontos positivos se sobressaíram, como pode ser observado na avaliação que os participantes fazem do evento. Destacamos a divulgação eficiente que abrangeu o público alvo, considerando que tivemos a participação de 125 pessoas, sendo elas acadêmicos de Enfermagem, Enfermeiros, profissionais de Enfermagem das diversas instituições de ensino e saúde do estado. Um dos aspectos que favoreceu a realização do evento foi o apoio da instituição - H.U. que nos acolheu, cedendo-nos o local, materiais e equipamentos necessários, bem como o apoio do Departamento de Enfermagem - U.F.S.C..

Contamos também com a disponibilidade dos palestrantes altamente qualificados para o desenvolvimento da temática. Destacamos o interesse demonstrado pelos alunos para a continuidade da abordagem da temática. O planejamento dessa atividade está no anexo 12.

Esta atividade contribuiu para o nosso aprendizado referente ao planejamento, organização, promoção e realização de um evento científico, pois nos envolvemos e nos responsabilizamos por todos os detalhes de sua realização.

6.5.2. Evento sobre Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (C.A.P.D.)

Durante o período de estágio tivemos a oportunidade de participar de um simpósio comemorativo dos 20 anos C.A.P.D. no Brasil, que ocorreu no período de dia 01 a 04 de junho de 2000 aqui em Florianópolis. Neste encontro foram apresentadas e discutidas as novas soluções e técnicas de C.A.P.D..

Como o C.A.P.D. é um dos tipos de tratamento para as pessoas com I.R.C., despertou em nós interesse pelo mesmo.

Através desse curso tivemos a oportunidade de expandir os nossos conhecimentos profissionais ligados à área através de informações de palestrantes vindos de várias regiões do Brasil e do Exterior.

6.5.3. Visita domiciliar

Dentre as diversas atividades que realizamos, a necessidade de realizarmos uma visita domiciliar surgiu a partir da convivência com uma cliente. Sentimos necessidade de uma aproximação com a família, pois, percebíamos através de seus relatos, que sentia-se muito sozinha e que existiam fatores estressantes em sua residência, decorrentes do seu processo saúde doença.

Após obtermos a autorização da cliente para realização da visita domiciliar (V.D.), elaboramos um plano para a mesma. (anexo 13) que contém basicamente os seguintes itens:

- dados de identificação;
- objetivo geral e específico;
- materiais e atividades desenvolvidas.

Esta metodologia contribuiu para direcionar as nossas ações, pois tínhamos claros os nossos objetivos e sabíamos quais os aspectos que deveríamos observar, questionar e orientar no domicílio.

Para registro da visita utilizamos o S.O.A.P., método WEED (anexo 14).

Durante esta visita percebemos a necessidade de diálogo da cliente, no sentido de relatar o que considerava estressante no convívio familiar.

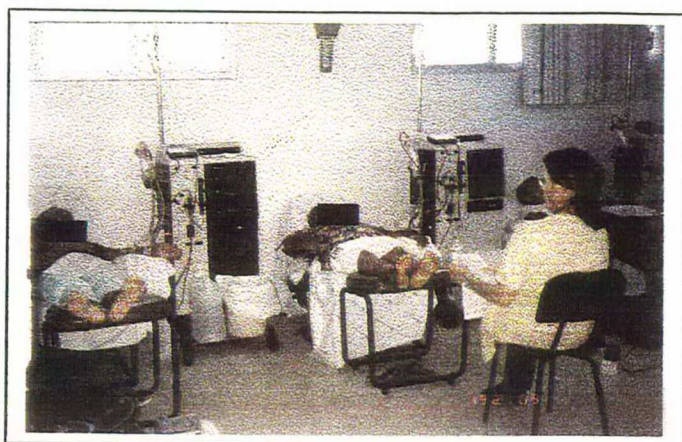
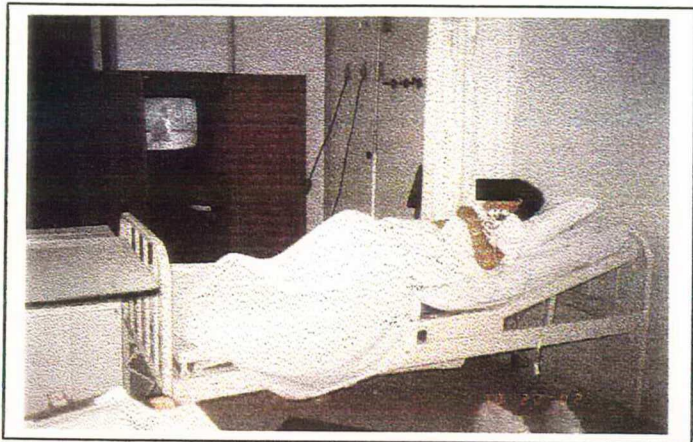
Esta atividade foi de grande valia, pois compartilhamos experiências novas, saindo do ambiente hospitalar para visualizar o contexto em que a cliente está inserida, o que nos ofereceu outros subsídios para “ajudar” a cliente a enfrentar melhor seus estressores. Um dos aspectos que vale salientar foi que a cliente após a visita, demonstrou-se mais calma e confiante o que pode ser observado no seguinte relato:

“Obrigada por vocês terem vindo foi muito bom conversar com vocês. Obrigada por me ouvirem” (G. Mendana, 63 anos).

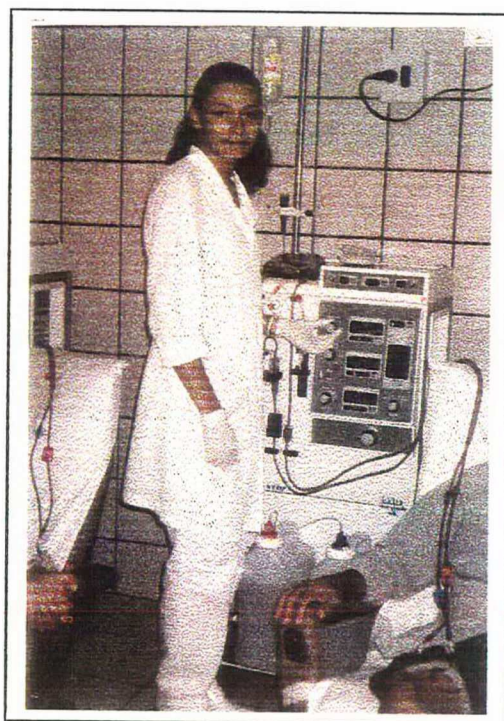
Desta forma, através da V.D. alcançamos o objetivo de interagir com a cliente e família; o que reforça nossa crença de que o hospital não pode ser o limite de atuação do Enfermeiro. Assim entendemos que a V.D. é um complemento para que o Enfermeiro possa dar uma Assistência mais adequada ao cliente.

Através desta visita pudemos proporcionar uma Assistência de Enfermagem no próprio ambiente da cliente. Através do diálogo, compartilhamos nossos conhecimentos, utilizando os materiais que dispúnhamos. Além disso tivemos a oportunidade de conhecer o contexto familiar, cultural e sócio-econômico, no qual o cliente estava inserida. Conseguimos também com a família e o cliente discutir sobre “*como conviver com a doença*” e perceber o quanto é importante a família na manutenção do processo de saúde da doença do cliente.

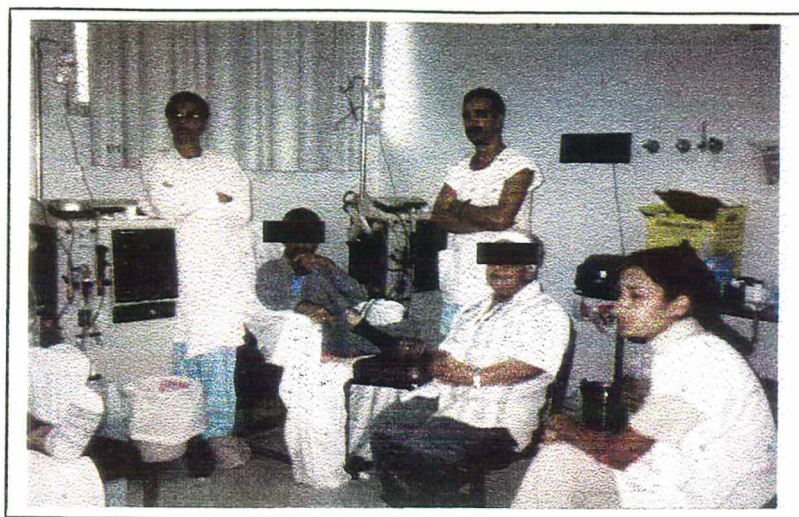
ALGUMAS FOTOS QUE ILUSTRAM OS OBJETIVOS ALCANÇADOS



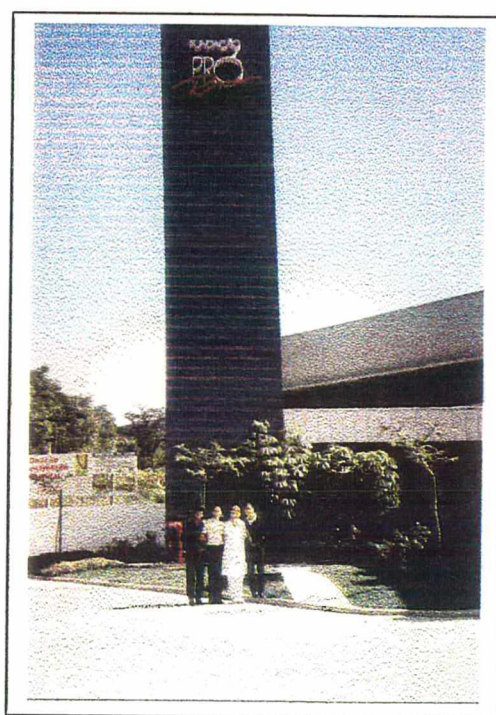
Relaxamento



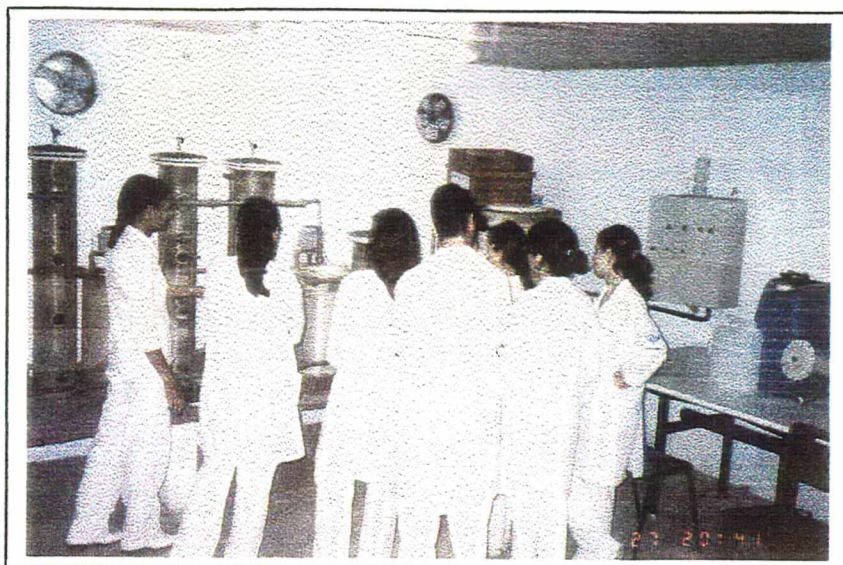
Equipamentos



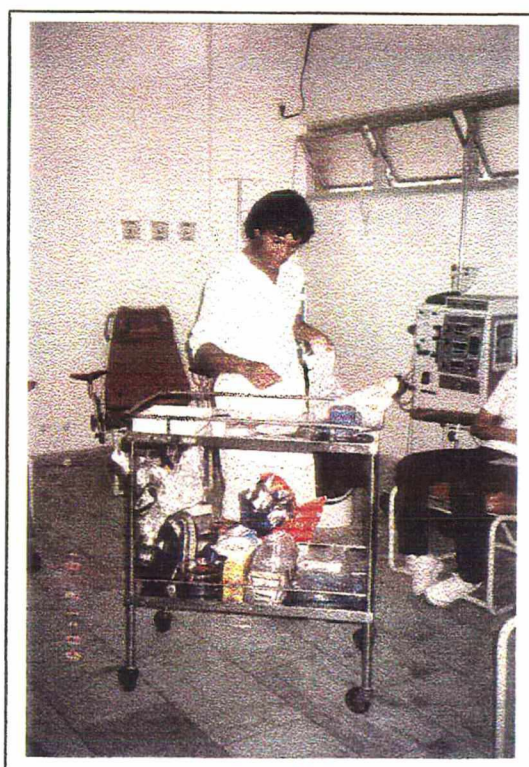
Interagir com a equipe



**Visita a outros centros de
tratamento dialítico.**



**Contribuindo no processo ensino-
aprendizagem**



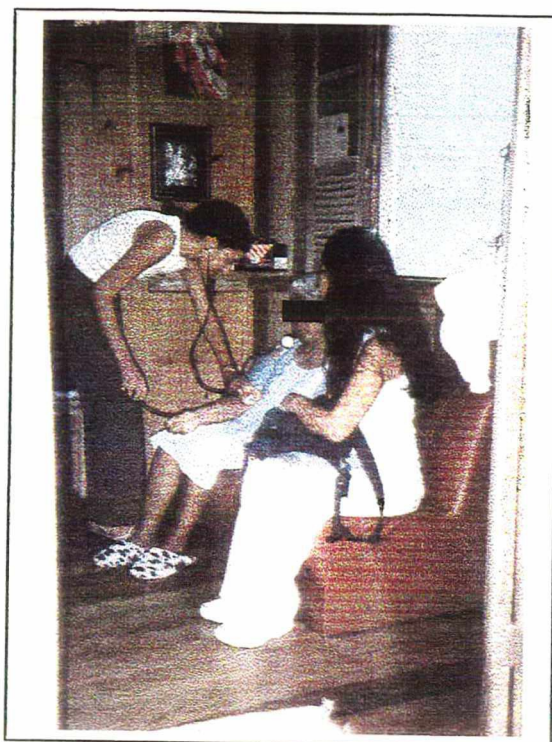
**Atividades de pesquisa e assistência
do NUCRON**



Mesa redonda



**Simpósio: 20 anos de C.A.P.D. no
Brasil**



Visita domiciliar

7. ENFRENTANDO NOSSOS ESTRESSORES

Somos seres humanos e como tal estamos expostos às mais variáveis situações. Durante a nossa caminhada tivemos vários estressores, os quais precisamos enfrentar.

No início tivemos dois grandes estressores que foram, encontrar um campo de estágio que satisfizesse nossas expectativas e anseios, além de conseguir uma orientadora e uma supervisora que fossem competentes e sobretudo amigas. Finalmente encontramos o que buscávamos.

Tínhamos em mente o tema a ser desenvolvido, " o estresse causado por uma doença crônica", mais especificamente ligada a Insuficiência Renal Crônica, mas mesmo assim faltava algo, a Teoria!!!!

A partir de sugestões da nossa orientadora optamos pela Teoria do Enfrentamento, já que a mesma tem experiência no assunto e ela parecia dar uma orientação para nossa proposta.

Com isso delimitado, o próximo passo foi a elaboração e apresentação do Projeto Assistencial, para o qual precisávamos ler muito, estudar e compreender o mecanismo tanto do doença como do tratamento e também considerar que tratava-se de uma teoria nova e de um campo bastante específico. Conseguimos!!!!

Começar o estágio foi um estresse diferente, que representou um desafio, uma nova vivência. Estávamos distantes dos colegas e da sala de aula, nos sentíamos um pouco perdidos no início, e nos perguntávamos?

- O que fazer?
- Por onde começar ?
- E a máquina?
- E se o paciente se sentir mal? E agora!!

Meu DEUS!!!!

Mas com o desenvolvimento do estágio fomos nos familiarizando com a unidade e com a condição de quase enfermeiros, assim superando mais uma etapa.

No decorrer do estágio desenvolvemos todas as atividades propostas, e através delas conhecemos a realidade dos clientes, compartilhamos suas dores, angústias, perdas e expectativas. Concomitantemente tivemos vivências marcantes, momentos de correria em organizar e planejar as atividades a serem desenvolvidas, momentos de alegrias e risos; tristezas, angústias e choros.

Vivenciamos também outros estressores como: problemas familiares, ansiedade com casamento, pais/mães e noivo distantes, problemas financeiros, doenças, formatura, horários não compatíveis para o estudo. Mesmo assim estava valendo a pena!! Conseguimos enfrentar esses estressores através de muita fé, perseverança e muita garra para vencer.

Outro estressor vivenciado foi a diferença individual dos três acadêmicos. Essas diferenças foram inevitáveis, com suas conseqüentes influências, nem sempre foram boas, pois cada ser humano é único e distinto. Enfrentamos essa dificuldade utilizando o respeito mútuo, encontrando estratégias mais efetivas para trabalhar em grupo, porque o êxito de um relacionamento depende de não enxergarmos nas peculiaridades do companheiro, um motivo de atrito, mas sim, uma oportunidade para crescer enquanto pessoa.

Deixar o Centro de tratamento dialítico foi a etapa mais difícil dessa caminhada, pois além de desenvolvermos um Projeto Assistencial com uma assistência humanizada e diferenciada, construímos também um vínculo afetivo com os clientes e com a equipe de Enfermagem.

Ufa!!!! Chegamos na etapa final, agora pesa a responsabilidade de relatarmos as nossas vivências para que através delas, possamos contribuir para que a nossa profissão seja mais humanizada.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho nos possibilitou um crescimento pessoal e profissional significativo. Através dele conseguimos compreender o significado da doença renal crônica e as estratégias que as pessoas utilizam para enfrentá-la. Percebemos a necessidade de uma assistência diferenciada que minimizem os estressores do cotidiano dessas pessoas.

Compartilhamos com o cliente renal as suas vivências enquanto portador de uma doença crônica, nos auxiliando a compreender melhor as implicações decorrentes da doença e do tratamento.

Esperamos que este relatório de prática assistencial traga contribuições para a Assistência, para o Ensino e para a Pesquisa de Enfermagem.

Para a Assistência este trabalho colabora com um instrumento de coleta de dados para a organização do processo de Enfermagem baseado em uma teoria, podendo auxiliar o (a) Enfermeiro (a) a identificar os estressores que interferem na qualidade de vida das pessoas em situação crônica de saúde.

Este trabalho poderá auxiliar os enfermeiros a compreenderem melhor a importância de uma assistência humanizada que leve em consideração as estratégias de enfrentamento individuais de cada cliente, para que possa facilitá-las. Alertando assim, a Enfermagem sobre sua responsabilidade enquanto cuidadora fazendo os profissionais compreenderem que cada cliente possui necessidades distintas.

Para o Ensino, este trabalho traz como contribuição a possibilidade da utilização de uma metodologia assistencial inovadora na área.

Além disso, ao construir um conhecimento no atendimento ao cliente com I.R.C. em tratamento dialítico, poderá servir como referência bibliográfica de um trabalho real para os acadêmicos interessados na área.

Poderá contribuir para a pesquisa ao fazer a sistematização dos estressores que pessoas nessa condição enfrentam no cotidiano de suas vidas, interferindo na qualidade de vida. No entanto, reconhecemos ser este um estudo preliminar que requer novos estudos que aprofundem o tema.

Os resultados que alcançamos foram decorrentes do nosso empenho em atingir os objetivos traçados. Vale destacar que não só alcançamos os objetivos propostos, como ao longo de nossa prática incluímos outros que enriqueceram nossa aprendizagem.

Destacamos ainda a importância do papel do Enfermeiro nas ações conjuntas ou individuais na assistência aos clientes em condição crônica de saúde, dando suporte emocional e técnico e como coordenador da equipe.

Porém é necessário ressaltar a importância da existência de uma equipe multidisciplinar que beneficie o cliente com um atendimento mais global e eficiente.

A partir da teoria criamos e adaptamos instrumentos de coleta de dados que nos permitiram identificar os estressores e as estratégias de enfrentamento da clientela assistida. Através desse levantamento, pudemos fazer as evoluções e prescrições de enfermagem, evidenciando sua aplicabilidade na prática.

Através dos dados obtidos, direcionamos a nossa assistência, minimizando ou modificando as estratégias inefetivas ou ainda fortalecendo as estratégias efetivas de enfrentamento dos clientes, nos fazendo compreender a importância do papel do enfermeiro enquanto cuidador e facilitador na minimização do estresse decorrente da condição crônica de saúde.

Deixamos como sugestão para o Curso de Graduação em Enfermagem da U.F.S.C., a abertura de campos de estágio específicos, como a Hemodiálise, pois para atuar nesta, é necessário investimentos de longa duração como: estágio extra-curricular, leituras e orientação de profissionais ligados a área.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, Ilca L. Keller. Buscando caminhos para um viver saudável: uma proposta educativa de enfermagem voltada às mulheres primogenitoras, em seus enfrentamentos cotidianos. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- BELAND, Irene & PASSOS, Joyce. Enfermagem clínica. São Paulo: EPU, v. 2, 1979 .
- BEVILACQUA, Bensousan, Jansen e Castro. Fisiopatologia Clínica. 5ª ed. São Paulo, 1995.
- CARVALHO, Roger D. Processo de adaptação em ambiente hospitalar. R. Paulista de Enfermagem, nº 4, v. 8, São Paulo, nov. 1989.
- CASAMIQUELA, Joan A. I., VENTURA Carne F. Cuidado de Enfermeria En La Insuficiencia Renal. 2ª ed. Espanha: Viagráfica, 1994.
- CIANCIARULLO, Tamara I. et. al. A Hemodiálise Em Questão: Opção Pela Qualidade Assistencial. São Paulo: Ícone, 1998.
- DAUGIRDAS, John T., Ing, Todds. Manual de Diálise. Rio de Janeiro: Médici, 1991.

- ELSEN, Ingrid. Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village. São Francisco, University of California, 1984. (Dissertation for a degree of doctor of nursing).
- FREIRE, Paulo. Conscientização. 3^a. ed. São Paulo: Moraes, 1980.
- GEORGE, Júlia B.. Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GUYTON, Arthur C.. Fisiologia Humana. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- GUYTON, A. C. & HALL, J. E.. Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças. 6^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- HELMAN, Cecil G.. Cultura, Saúde e Doença. 2^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- LAZARUS, Richard S., FOLKMAN, Susan. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
- LIPOWSKI, Z. I. Physical illness, the individual and the coping process. Psychiat in Med. Canadá, v. 1, p. 91-102, 1970.
- LIPPE, Marilda N. , ROCHA, João C. Um Guia de Tratamento para Hipertensão: Stress, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida. Campinas: Papirus, 1994.
- LEVINE. Nefrologia: Cuidados do Paciente com Doenças Renais, São Paulo, Primiér, 1985.
- MAFRA, Alessandra et. al. Assistência de Enfermagem Pré-hospitalar emergencial e em situação de violência: promoção da saúde através do

cuidado/educação. (Trabalho de conclusão de curso). Graduação em enfermagem, Florianópolis, UFSC, 1999.

MAYEROFF, M. On caring. New York: Harper & Row, 19971.

MARTINS, Margareth L. Ensinando e Aprendendo, em grupo, a enfrentar situações vivenciadas por pessoas ostomizadas. Florianópolis: UFSC. 1995, Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Curso de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

MENGUEL, A. The Concept of coping. Top Clin. Nurs. v. 4, n.2, p. 1-3, jul. 1992.

MONAT, Taylor C. Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrico. 13ª ed. Porto Alegre, 1992.

MILLER, J. F. Coping with chronic illness. In: Coping with chronic illness – overcoming powerlessness. Philadelphia, F. A: Davis Comp. , 1983.

NAKAMAE, Djair D. Lesão Renal: A insuficiência Renal Crônica em fase Renal-III. R. Esc. Enferm. U.S.P. São Paulo, v. 4, n. 5. Set/ Out. 1978.

RADZIEWCZ, Rosanne M. & SCHNEIDER, Susan M. Using diversional activity to inhance coping v. 15 , n. 4, p. 293-298, 1992.

RIELLA, Miguel C. Princípios de Nefrologia & Distúrbios hidroelétrólísticos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

RIELLA, Miguel C. Princípios de Nefrologia & Distúrbios hidroelétrólísticos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996.

ROBBINS, KUMAR & COTRAN. Patologia estrutural e funcional. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

- SÁENZ, DIANA P. G. et al Utilización Del Tiempo Libre en Pacientes Hospitalizados. 1991.
- SANTOS, Evanguelia K. A. dos. A mulher como foco central do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do auto cuidado de Oren. Florianópolis, 1991. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SAUNDERS, J. M. & MCCORLE, R. Social supod and coping with lung cancer. West J. Nurs Res. v. 9, n. 1, p. 29-42, 1987.
- SCHMITZ, S., VIEIRA, R. M.: Rotinas do serviço de nefrologia do Hospital Governador Celso Ramos, 1991.
- SCHNEIDER, J. S. Hopelessness and helplessness. J. P. N. and Mental Health Services. Mar. 1990.
- SILVA, Denise M. G.V. da Desafios E Enfrentamentos: Um Modelo De Prática Para Enfermagem Para Indivíduos Em Condição Crônica De Saúde. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- SILVA, Denise M. G.V. & Trentini, Mercedes. Grupo de convivência: Uma Proposta De Convergência Entre Educação Em Saúde e Qualidade de Vida. 1999.
- SIMON J. M. Therapeutic Humor: who's fooling who? J. Psychosocial Nurs Mental Health Services, v. 26, p. 9-12. 1988.
- SMELTZER, Suzanne. C. & BARE, Brenda. G, Tratado de enfermagem médica cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1998.

- SMITH, Donald R. Urologia Geral. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.
- SOUZA, Tania T. et al. Qualidade de vida da pessoa diabetica. R. Esc. Enferm. USP. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 150- 164, abr. 1997.
- TAYLOR, C. Monat. Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. 13ª ed. Porto Alegre, 1992.
- TRENTINI, Mercedes., Silva, Denise M. G. V.. Condição Crônica de Saúde e o Processo de Ser Saudável. R. Texto & Contexto- Enfermagem, Florianópolis, v.2. n. 2, Jul/Dez. 1992.
- TRENTINI, Mercedes D., L. P. M. Meu primeiro Projeto Assistencial – UFSC, Casa Vida e Saúde, jul, 1994.
- TINKER, Jack & JONES, S. N. Unidade de Terapia Intensiva: Dados, Drogas & Procedimentos. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1993.
- VIGGIANO, Celeste E. Estratégias Usadas para melhorar a Aderência à Dieta. In: 2º Encontro Nacional de Educação em Diabetes. Florianópolis, p. 26-30, 1988.
- VINEY, L. L. & WESTBROOK, M. T. Coping with chonic illness: the meating role of biographic and illness relatec factors. J. Psychosomatic Res. Great Britain, v. 26 n. 9 p. 595-604, 1982.

10. ANEXOS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA DE ENFERMAGEM APLICADA
ORIENTADORA: DR^a DENISE M. G. V. DA SILVA
SUPERVISORES: ÂNGELA LUCKNER GOULART
ACADÊMICOS: GEANDRY M. B. SOUZA
JOEL JOSÉ LUIZ
MALIUDA KIOMI OKUDA**

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

I- DADOS PESSOAIS:

- **Nome:** _____ **Idade:** _____
- **Data de nascimento:** _____ **sexo:** F(☐) M (☐)
- **Ocupação principal:** _____
- **Estado civil:**
Solteiro (☐) Casado (☐) Outros (☐)
- **Filhos:** _____ **Quantos:** _____
- **Escolaridade:**
Analfabeto (☐) Primário (☐) Ginásio (☐) 3ºGrau (☐) outros (☐)
- **Religião:** _____ **Prática:**
Freqüentemente: (☐) 1 vez por semana ou mais (☐) Nunca (☐)
- **Composição familiar:** _____
- **Renda familiar:**
- de 1 a 2 salários mínimos (☐)
- de 2 a 4 salários mínimos (☐)
- mais de 4 salários mínimos (☐)
- **Qual a fonte:**
Recebe auxílio: _____
- **Diagnóstico Médico:** _____ **Data:** _____
- **Início do Tratamento:** _____
Tipo de Tratamento: _____

II – ESTRESSORES E FORMAS DE ENFRENTAMENTO DECORRENTES DA CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE

1) Conhecimento sobre a doença e sobre o tratamento:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - O que você sabe sobre a IRC e o TD? <p>. Causas:</p> <p>. Manifestações:</p> <p>. Tratamentos:</p> <p>. Prognóstico:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O que você fez para adquirir este conhecimento? - Como e de quem você adquiriu este conhecimento?
<ul style="list-style-type: none"> - O que significou para você ter que adquirir conhecimentos sobre sua doença? 	

2) Prática para o auto-cuidado:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Foi necessário adquirir prática para o auto cuidado relacionado a: <p>. ministração de medicamentos:</p> <p>. preparo da dieta:</p> <p>. outros:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Como você enfrentou esta necessidade? - O que você procurou fazer?
<ul style="list-style-type: none"> - O que significou esta necessidade de prática para o auto-cuidado? 	

3) Mudanças nos hábitos e rotinas:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
<ul style="list-style-type: none">- O que mudou na sua vida após o diagnóstico de IRC e do tratamento dialítico?- Foram necessárias mudanças nos hábitos e rotinas, relacionados a:<ul style="list-style-type: none">.lazer:.sono e repouso:.atividade sexual:.alimentação:.ingestão de bebidas alcoólicas ou de fumar:.trabalho:.outras mudanças;	<ul style="list-style-type: none">- Como você enfrentou estas mudanças?- O que procurou fazer?
<ul style="list-style-type: none">- O que significou para você estas mudanças?	

4) Perdas:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
<ul style="list-style-type: none">- Quais as perdas que você teve decorrentes da doença e do tratamento?.habilidade física:	<ul style="list-style-type: none">- Como você enfrentou estas perdas?- O que você procurou fazer?

.financeira; .tempo: .outras perdas:	
- O que significou para você estas perdas?	

5) Desconfortos físicos:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
- Você precisou lidar com desconfortos físicos: .causados pela doença; .causados pela terapia: .relacionados a dor: . outros desconfortos:	- Como você enfrentou estes desconfortos? - O que você procurou fazer?
- O que significou para você estes desconfortos?	

6) Relacionamentos sociais:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
- Você precisou fazer ajustamentos nos seu relacionamentos sociais com: . família:	- Como você enfrentou estes ajustamentos? - O que você procurou fazer?

. amigos/parentes: .outros:	
- O que significou para você estes ajustamentos?	

7) Alterações físico-funcionais:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
- Você teve alterações físicas ou funcionais relacionadas a: . eliminações urinárias: . ingesta hídrica: . pele: . gastrointestinais: . neurológicas: . hematológicas: hormonais: . outras:	- Como você enfrentou estas alterações? - O que você procurou fazer?
- O que significou para você estas alterações?	

8) Como é para você pensar na MORTE?

- É um estressor?
- O que você faz para lidar com isto?

9) O que é ter QUALIDADE DE VIDA para você?

- O que você faz para ter qualidade de vida?

10) O que você espera do FUTURO?

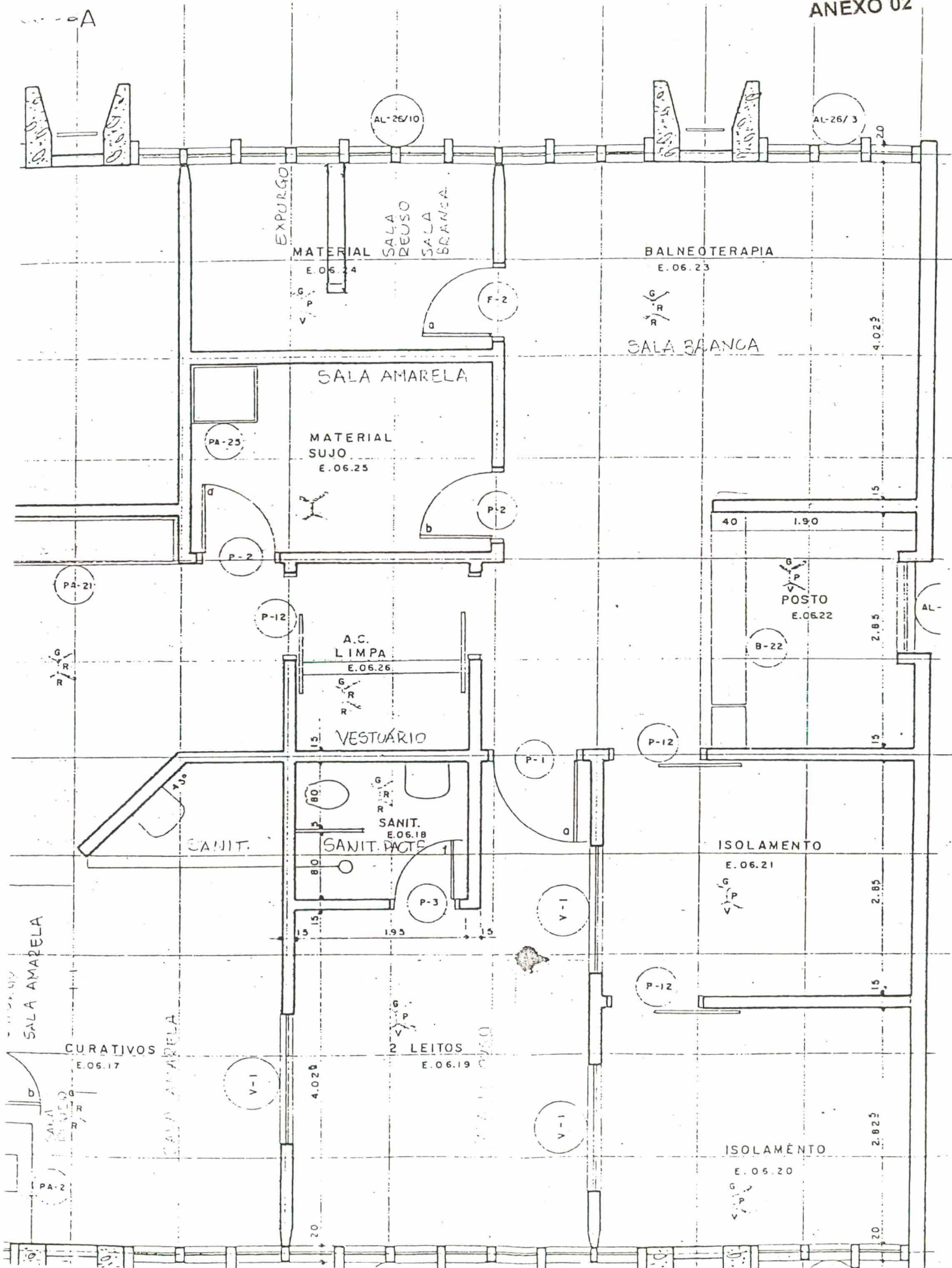
- Como você acha que pode enfrentar essas expectativas com relação ao seu futuro?

11) Você tem algum outro estressor decorrente de sua condição crônica?

- Como você enfrenta este estressor?

PLANTA FÍSICA ADAPTADA AO C.T.D

ANEXO 02



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA DE ENFERMAGEM APLICADA
ORIENTADORA: DR^a DENISE M. G. V. DA SILVA
SUPERVISORES: ÂNGELA LUCKNER GOULART
ACADÊMICOS: GEANDRY M. B. SOUZA
JOEL JOSÉ LUIZ
MALIUDA KIOMI OKUDA

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

I- DADOS PESSOAIS:

- Nome: *D. Aruna* Idade: *48 anos*
 - Data de nascimento: *15.03.52* sexo: F(☒) M(☐)
 - Ocupação principal: *Auxiliar de Serviços Gerais*
 - Estado civil:
 - Solteiro (☐) Casado (☐) Outros (☒) *Divorciada*
 - Filhos: *Sim* Quantos: *03*
 - Escolaridade:
 - Analfabeto (☐) Primário (☒) Ginásio (☐) 3º Grau (☐) outros (☐) *4ª série*
 - Religião: *Evangélica* Prática:
 - Freqüentemente: (☒) 1 vez por semana ou mais (☐) Nunca (☐)
 - Composição familiar:
 - Renda familiar:
 - de 1 a 2 salários mínimos (☒)
 - de 2 a 4 salários mínimos (☐)
 - mais de 4 salários mínimos (☐)
 - Qual a fonte:
 - Recebe auxílio: *não*
 - Diagnóstico Médico: *D.M. e I.R.C.*
 - Início do Tratamento: *3 anos*
- Tipo de Tratamento:
- Iniciou com D.P.I*
 - Usou catéter duplo-lumen*
 - Confecção de F.A.V.*
- Data: *junho do ano em questão.*

II – ESTRESSORES E FORMAS DE ENFRENTAMENTO DECORRENTES DA CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE

1) Conhecimento sobre a doença e sobre o tratamento:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
<p>- O que você sabe sobre a IRC e o TD?</p> <p><i>Disseram para ela que o seu rim estava péssimo.</i></p> <p>. Causas:</p> <p><i>Sabe que foi por causa da D.M.</i></p> <p>. Manifestações:</p> <p><i>Dói na altura dos rins.</i></p> <p><i>Edema e urina em qtd. grande.</i></p> <p>. Tratamentos:</p> <p><i>medicamentos.</i></p> <p>. Prognóstico:</p> <p><i>Que iria fazer H.D. e entrar para fila de transplante.</i></p>	<p>- O que você fez para adquirir este conhecimento?</p> <p>- Como e de quem você adquiriu este conhecimento?</p> <p><i>- Com médicos particular.</i></p> <p><i>- Fim de as consultas.</i></p>
<p>- O que significou para você ter que adquirir conhecimentos sobre sua doença?</p>	

2) Prática para o auto-cuidado:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
<p>- Foi necessário adquirir prática para o auto cuidado relacionado a:</p> <p>. ministração de medicamentos:</p> <p><i>não teve dificuldades, ela mesma administra.</i></p> <p>. preparo da dieta:</p> <p><i>Ela mesma prepara e utiliza pouco sal e adoçante.</i></p> <p>. outros:</p>	<p>- Como você enfrentou esta necessidade?</p> <p>- O que você procurou fazer?</p> <p><i>Bem.</i></p>
<p>- O que significou esta necessidade de prática para o auto-cuidado?</p>	

3) Mudanças nos hábitos e rotinas:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - O que mudou na sua vida após o diagnóstico de IRC e do tratamento dialítico? <i>Não consigo caminhar</i> - Foram necessárias mudanças nos hábitos e rotinas, relacionados a: <ul style="list-style-type: none"> .lazer: <i>quer que deixar de viajar, fazer crochê e outras coisas que gostava.</i> .sono e repouso: <i>As vezes dorme bem e qdo. dorme mal toma calmantes.</i> .atividade sexual: <i>Não pratica desde 1983.</i> .alimentação: <i>Agora usa 2g de sal e adoçante.</i> .ingestão de bebidas alcoólicas ou de fumar: <i>fumou por 30 anos.</i> .trabalho: <i>Aposentadoria.</i> .outras mudanças; 	<ul style="list-style-type: none"> - Como você enfrentou estas mudanças? - O que procurou fazer? <i>Acha que aceitou bem, antigamente era mais nervosa.</i>
<ul style="list-style-type: none"> - O que significou para você estas mudanças? <i>Acha que está se acabando... não pode fazer o que gosta, não pode trabalhar.</i> 	

4) Perdas:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Quais as perdas que você teve decorrentes da doença e do tratamento? .habilidade física: <i>Não consegue realizar suas atividades.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Como você enfrentou estas perdas? - O que você procurou fazer?

financeira; Aposentou-se e com isso a renda diminuiu, fica preocupada pois os remédios são caros. tempo: Perde muito tempo. Ser que sair de casa três vezes por semana p/ fazer o tto. a deixa nervosa. outras perdas:	
- O que significou para você estas perdas? não me acostumo.	

5) Desconfortos físicos:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
- Você precisou lidar com desconfortos físicos: causados pela doença; fraqueza, edema causados pela terapia: Do no peito relacionados a dor: Não se conforma q a dor que sente no peito. outros desconfortos:	- Como você enfrentou estes desconfortos? - O que você procurou fazer?
- O que significou para você estes desconfortos? Isso me revolta.	

6) Relacionamentos sociais:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
- Você precisou fazer ajustamentos nos seu relacionamentos sociais com: família: Os filhos, o irmão, depois da doença não a procuram mais	- Como você enfrentou estes ajustamentos? - O que você procurou fazer? não sei o que eles pensam...

. amigos/parentes: <i>Os amigos continuam ajudando.</i> .outros:	
- O que significou para você estes ajustamentos?	

7) Alterações físico-funcionais:

ESTRESSORES	ENFRENTAMENTO
- Você teve alterações físicas ou funcionais relacionadas a: . eliminações urinárias: <i>No início urina-va bastante, agora urina pouco.</i> . ingestão hídrica: <i>No início do tratamento bebia muita água. Hoje consigo me controlar.</i> . pele: <i>Ressecada e com hematomas</i> . gastrointestinais: <i>Períodos de diarreia e de constipação.</i> . neurológicas: — . hematológicas: <i>hematócrito baixo.</i> . hormonais: . outras:	- Como você enfrentou estas alterações? - O que você procurou fazer?
- O que significou para você estas alterações? <i>É muito difícil aceitar</i>	

8) Como é para você pensar na MORTE?

É estar espiritualmente preparada.

- É um estressor?

não.

- O que você faz para lidar com isto?

9) O que é ter QUALIDADE DE VIDA para você?

Ter paz e união. Possuir uma casa ajeitadinha e um salário que não dê para passar necessidades.

- O que você faz para ter qualidade de vida?

Agora não posso fazer mais nada.

10) O que você espera do FUTURO?

Queria ter a minha casa.

- Como você acha que pode enfrentar essas expectativas com relação ao seu futuro?

Precisa ter saúde.

11) Você tem algum outro estressor decorrente de sua condição crônica?

Não poder fazer as coisas que gosta e ter que vir fazer o tratamento.

- Como você enfrenta este estressor?

Procuro ficar calma.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – D.Aruna (05/05/00)

S. Cliente diz que sua maior preocupação está relacionada à família. Possui uma filha que atualmente está separada, o motivo da separação se deu por agressão, a situação a aflige, pois seus dois netos estão sob a guarda do seu genro, teme principalmente, pelo neto mais velho que segundo a mesma o criou até os cinco anos de idade, diz que ele já sofreu demais, sua filha o agredia, por isso a denunciou ao Conselho Tutelar e por esse motivo a filha não está falando com ela.

O. Cliente chorosa com aparência de preocupação. Percebi que os conflitos familiares foi o assunto que direcionou a nossa conversa, e que apesar de a particularidade do assunto, apresentava-se espontânea para falar sobre o assunto.

A. Diagnóstico: Conflitos familiares – Relação com a filha

Estratégia de enfrentamento: Fica preocupada e aguarda que a filha a procure.

Análise: Inefetivo – Os conflitos familiares interferem diretamente em seu estado saúde-doença, porém age de forma coerente.

P. Ouvir a cliente e confortá-la

Apoiá-la para tomar a iniciativa de procurar a filha.

PROCESSO INDIVIDUAL DE ENFERMAGEM

ESTRESSORES RELACIONADOS COM A FAMÍLIA

ESTRESSOR	ENFRENTAMENTO	ANÁLISE	PLANO DE ENFERMAGEM
➤ Conflitos no relacionamento com a filha.	➤ Fica preocupada e aguarda que a filha a procure.	➤ Inefetivo	➤ Ouvir a cliente e confortá-la. ➤ Apoiá-la para tomar a iniciativa de procurar a filha.
➤ Preocupação com a neta (violência por parte da filha).	➤ Denunciou a filha ao Conselho Tutelar.	➤ Inefetivo	➤ Estar presente; ➤ Dispondo-se para conversar quando queira. ➤ Discutir a possibilidade de aproximação com a filha.
➤ Distanciamento dos familiares após o diagnóstico.	➤ Choro.	➤ Inefetivo	➤ Ouvir e estar presente. ➤ Ver a possibilidade de aproximação com familiares.

ESTRESSORES RELACIONADOS COM PERDA FINANCEIRA

ESTRESSOR	ENFRENTAMENTO	ANÁLISE	PLANO DE ENFERMAGEM
➤ Diminuição da renda familiar- custo dos remédios.	➤ Fica preocupada. ➤ Procura ajuda dos filhos.	➤ Inefetivo	➤ Encaminhar ao serviço social quando necessário; ➤ Encaminhar ao posto de saúde. ➤ Ouvir e confortar a cliente.

ESTRESSORES RELACIONADOS COM A CONDIÇÃO FÍSICA E ROTINA DE VIDA

ESTRESSOR	ENFRENTAMENTO	ANÁLISE	PLANO DE ENFERMAGEM
➤ Diminuição da habilidade física.	➤ Fica triste mas mesmo assim as faz.	➤ Efetivo	➤ Saber como se sente; ➤ Ver a possibilidade de alguém para ajudá-la.
➤ Limitação ao laser.	➤ Lamenta	➤ Inefetivo	➤ Apresentar outras alternativas de laser. ➤ Discutir possibilidades e limitações.
➤ Angina, fraqueza e edema.	➤ Não se conforma, isso a revolta.	➤ Inefetivo	➤ Esclarecer o processo. ➤ Buscar forma de reduzir essas manifestações.

ESTRESSORES RELACIONADOS COM AO TEMPO DISPENDIDO PARA O TRATAMENTO

ESTRESSOR	ENFRENTAMENTO	ANÁLISE	PLANO DE ENFERMAGEM
➤ Perder tempo durante as sessões de hemodíalise.	➤ Não se acostuma.	➤ Inefetivo	➤ Realizar atividades que ocupem o tempo durante as sessões de hemodíalise.
➤ Ter que se locomover três vezes por semana de sua residência para fazer o tratamento.	➤ Fica nervosa, tem que tomar calmante.	➤ Inefetivo	➤ Esclarecer a importância do tratamento. ➤ Ouvir e confortar a cliente. ➤ Discutir adaptações de suas atividades à H.D.

PERGUNTAS SOBRE CUIDADOS COM F.A.V.

- 1) A fistula deve ser lavada antes das punções?
- 2) Deve-se retirar as crostas formadas no local da punção?
- 3) Deve-se remover pêlos próximo a fístula? Sim ou não?
- 4) que você faria em caso de sangramento?
- 5) Retirar amostras de sangue no local da fístula é mais fácil?
- 6) É correto verificar pressão arterial no membro da fístula?
- 7) Usar pomadas ou cremes no local da punção sem prescrição médica é correto?
- 8) Os exercícios diários ajudam a desenvolver a fístula?
- 9) O que significa calor, dor, vermelhidão e edema no local da fístula?
- 10) O que pode acontecer quando se carrega sacolas pesadas no braço da fístula?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA DE ENFERMAGEM APLICADA
ORIENTADORA: DENISE M. G.V. DA SILVA
ACADÊMICOS: GEANDRY M. B. SOUZA
JOEL JOSÉ LUIZ
MALIUDA KIOMI OKUDA.

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE TRATAMENTO
DIALÍTICO

Nome do serviço:

Local:

Programa de diálise

Número de inscritos por modalidade de diálise/ano:

- Hemodiálise ()
- CAPD ()
- DPI ()
- DPA ()
- Total ()

I- ASPECTOS FÍSICOS

A unidade de diálise possui as seguintes áreas; assinalando 1 para acesso fácil e 2 para acesso difícil.

- A) Área de registro
- B) Sanitários para pacientes de ambos os sexos
- C) Consultório Médico
- D) Sala de recuperação de pacientes
- E) Sala para tratamento hemodialítico
- F) Sala para tratamento hemodialítico de pacientes HbsAg+
- G) Sala para CAPD.

II- Aspectos relacionados ao ambiente:

(1) - adequado (2) - inadequado

- A- Ventilação ()
- B- Iluminação ()
- C- Reservatório de água ()
- D- Área Física ()

- Parede ()
- Piso ()
- Teto ()
- Outros ().

II- ASPECTOS TECNOLÓGICOS:

A- Modelo

Ano de fabricação:

B- Quantidade de máquinas ()

C- Máquina de reserva ()

D- A máquina de Hemodiálise possui:

- ()- dispositivo de tamponamento por bicarbonato ou acetato
- ()- controlador de temperatura
- ()- monitor de pressão ou de pressão transmembrana com dispositivo automático de suspensão da bomba e alarmes sonoros e visuais.
- ()- monitor de suspensão automático da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais.
- ()- detector de bolhas com alarmes visuais e sonoros.
- ()- proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de desinfecção.
- ()- monitor de pressão de linha venosa e arterial.
- ()- quantos vezes são reusados os dialisadores e linhas arteriais e venosas.

III- ASPECTOS RELACIONADOS A HUMANIZAÇÃO DO AMBIENTE:

1- Ambiente/ pessoa/família.

Obs: O critério utilizado para avaliação dos itens citados acima são baseado na portaria 082 de 3 de janeiro de 2000 do Ministério da Saúde, que preconiza os padrões que devem seguidos pelas unidades de tratamento dialítico em todo o Brasil.

	HOSPITAL EVANGÉLICO			HOSPITAL CAJURU			HOSPITAL PRO-RIM			HOSPITAL UNIVERSITÁRIO		
	Fácil Acesso	Difícil Acesso	Não Possui	Fácil Acesso	Difícil Acesso	Não Possui	Fácil Acesso	Difícil Acesso	Não Possui	Fácil Acesso	Difícil Acesso	Não Possui
ASPECTOS FÍSICOS												
• Área de registro;	X			X			X			X		
• Sanitários para ambos os sexos;		X		X			X			X		
• Consultório Médico;			X	X					X	X		
• Sala de Recuperação;	X			X						X		
• Sala para Tratamento hemodialítico;		X		X						X		
• Sala para tratamento hemodialítico HbsAg+;	X					X	X					X
• Sala de diálise (CAPD);			X			X	X					X
• Sala de DPI;			X			X	X			X		
• Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes HbsAg+	X									X		
• Sala de reprocessamento de dialisadores de pacientes não HbsAg+;	X			X			X			X		
• Posto de Enfermagem e serviços;		X		X				X		X		
• Sala de utilidades;	X			X			X			X		
• Sala para o tratamento e reservatório de água;	X			X			X			X		
• Sala para armazenagem de concentrados, medicamentos e material médico hospitalar;	X			X			X			X		
• Depósito para material de limpeza;	X			X			X			X		
• Sanitários para os funcionários;	X			X			X			X		
• Copa;												
• Sala administrativa;		X			X		X					X
• Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;		X				X			X			X
• Vestiários de funcionários;												
• Abrigo reduzido de resíduos de serviço de saúde.		X		X				X		X		

	HOSPITAL EVANGÉLICO		HOSPITAL CAJURU		HOSPITAL PRO-RIM		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	
• ASPECTOS RELACIONADOS AO AMBIENTE.	Adequado	Inadequado	Adequado	Inadequado	Adequado	Inadequado	Adequado	Inadequado
• A- Ventilação;		X	X				X	
• B- Iluminação;	X			X		X	X	
• C- Reservatório de água;	X		X		X		X	
• D- Área Física;								
• - Parede;	X		X		X		X	
• - Piso;	X		X		X		X	
• - Teto;	X			X		X		X
• - Outros.								

	HOSPITAL EVANGÉLICO		HOSPITAL CAJURU		HOSPITAL PRO-RIM		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	
• ASPECTOS TECNOLÓGICOS	Possui	Não Possui	Possui	Não Possui	Possui	Não Possui	Possui	Não Possui
• Dispositivo de tamponamento por bicarbonato ou acetato;	X		X		X		X	
• Controlador de temperatura;	X		X		X		X	
• Monitor de pressão;	X		X		X		X	
• Monitor de suspensão automático da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais;	X		X		X		X	
• Detector de bolhas;	X		X		X		X	
• Proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de desinfecção;	X		X		X		X	
• Monitor de pressão de linha venosa e arterial;	X		X		X		X	
• Quantas vezes são reusados os dialisadores.	15		15		12		12	

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA DE ENFERMAGEM APLICADA
ORIENTADORA: Dr^a DENISE M. G. V. DA SILVA
ACADÊMICOS: GEANDRY M. B. SOUZA
JOEL JOSÉ LUIZ
MALIUDA KIOMI OKUDA**

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE AULA EXPOSITIVA

1) Horário e duração foi adequada?

Sim ()

Não ()

() Em parte

2) Assuntos discutidos foram de seus interesses?

Sim ()

Não ()

3) As discussões contribuíram para seu conhecimento?

Sim ()

Não ()

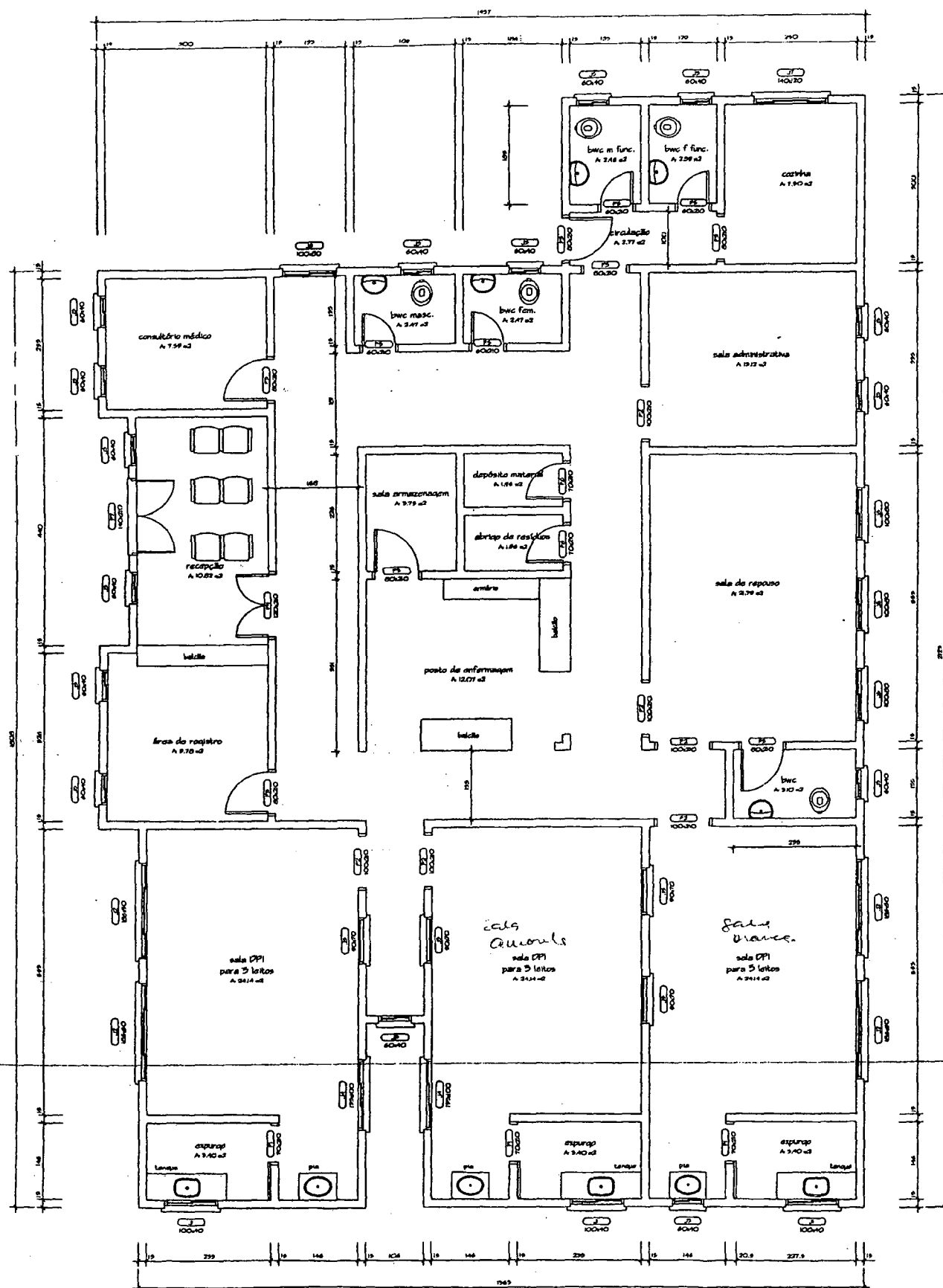
4) Dê sua opinião sobre o evento (sugestões, críticas e elogios..)

ITENS ORGANIZADOS – NORMAS E ROTINAS.

- INTRODUÇÃO
- OBJETIVO
- FILOSOFIA
- SUBSÍDIOS PARA A ELABORAÇÃO DA FILOSOFIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
- OBJETIVOS DA SUB-DIRETORIA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 - ✓ Na Área Assistencial
 - ✓ Na Área de Ensino
 - ✓ Na Área de Administração De Enfermagem
 - ✓ Na Área de Pesquisa
 - ✓ Na Área de Extensão
- INTEGRAÇÃO DOCENTE ASSISTENCIAL (IDA) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC-ÁREA DE ENFERMAGEM
 - ✓ Estrutura Administrativa da IDA
 - ✓ III. PADRÕES RELACIONADAS COM OS REGISTROS DE ENFERMAGEM
- FINALIDADE DO CTD
- COMPETÊNCIA DO CTD
- RECURSOS MATERIAIS
- METODOLOGIA
- RECURSOS HUMANOS
 - ✓ Atribuições do enfermeiro chefe de serviço
 - ✓ Atribuições do enfermeiro de turno da seção de hemodiálise , diálise peritoneal e C.A P.D.

- ✓ Troca de equipo de transferência- sistema travenol
- ✓ Troca de bolsa de C.A.P.D. Catéter-sistema travenol
- ✓ Interrupção da C.A.P.D.- sistema travenol
- ✓ Troca de equipo de transferência-sistema safe-lock
- ✓ Colocar a bolsa em posição de drenagem
- ✓ Limpar a superfície da mesa com álcool
- ✓ Introdução de medicação nas bolsas plásticas
- ✓ Troca do adaptador do cateter de tenchoff- sistema safe-lock
- ROTINAS DA D.P.I.:
 - ✓ Implantação do cateter de tenckhoff
 - ✓ Técnica de manutenção de pertuito para D.P.I.
 - ✓ Diálise peritoneal Intermitente- Sistema Fechado
 - ✓ Cuidados com D.P.I.- Sistema Fechado
 - ✓ Implantação do catéter rígido e instalação da diálise
 - ✓ Instalação da diálise peritoneal com catéter de Tenckhoff
 - ✓ Trocas das bolsas plásticas cheias
 - ✓ Procedimento para término da diálise peritoneal com equipo múltiplo
 - ✓ Término da diálise peritoneal com catéter de Tenckhoff
 - ✓ Complicações da diálise peritoneal

- ✓ Atribuições do técnico e auxiliar de enfermagem
- ✓ Atribuições do pessoal do serviço de limpeza
- ✓ Atribuições do escriturário
- **ROTINA HEMODIÁLISE**
 - ✓ Orientações Básicas ao Pacientes com Fístula Artério-Venosa (F.A. V.)
 - ✓ Orientações Básicas ao Pacientes com Fístula Artério-Venosa (F.A. V.)
 - ✓ Admissão do paciente na hemodiálise
 - ✓ Procedimentos durante a hemodiálise
 - ✓ Saída do paciente da sessão diária de hemodiálise
 - ✓ Tratamento d'água- deionização
 - ✓ Orientações básicas ao paciente com catéter duplo-lúmen
 - ✓ Administração e reposição de líquidos durante a hemodiálise
 - ✓ Término da hemodiálise em pacientes com F.A.V.
 - ✓ Monitorização com paciente durante a hemodiálise
 - ✓ Rompimento e/ou coagulação com capilar
 - ✓ Primeira hemodiálise em pacientes crônicos oriundos de outros centros
 - ✓ Punção de F.A.V.
 - ✓ Término da hemodiálise em paciente com catéter duplo-lúmen
 - ✓ Troca de curativo do catéter duplo-lúmen
 - ✓ (jugular, subclávia ou femural)
 - ✓ Hemodiálise em pacientes agudos e novos no programa
 - ✓ Reuso do dialisador e sets
 - ✓ Ajuste da P.T.M. no paciente em hemodiálise
 - ✓ Uso de heparina em cateter duplo-lumen
 - ✓ Manobra na obstrução e formação de trombos
 - ✓ Cuidados com catéter subclávia para acesso a hemodiálise
 - ✓ Exames laboratoriais e complementares
 - ✓ Preparo da máquina
 - ✓ Cuidados de rotina do C.T.D – GRAU I (pacientes independentes)
 - ✓ Cuidados de rotina do CTC- GRAU II (pacientes dependentes)
 - ✓ Cuidados de rotina do CTC- GRAU III (pacientes dependentes)
 - ✓ Cuidados de rotina do CTC- GRAU IV (pacientes moribundos)
- C.A.P.D.



Planta baixa térreo - CLÍNICA
Escala 1/50

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA DE ENFERMAGEM APLICADA
ORIENTADORA: Dr^a DENISE M. G. V. DA SILVA
ACADÊMICOS: GEANDRY M. B. SOUZA
JOEL JOSÉ LUIZ
MALIUDA KIOMI OKUDA**

**INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA MESA REDONDA SOBRE: :
“ATUALIDADES NO TRATAMENTO E NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA”**

1. Horário e duração foi adequada?

Sim (☐) Não (☐) (☐) Em parte

2. Assuntos discutidos foram de seus interesses?

Sim (☐) Não (☐)

3. As discussões contribuíram para seu conhecimento?

Sim (☐) Não (☐)

4. Dê sua opinião sobre o evento (sugestões, críticas e elogios..)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA DE ENFERMAGEM APLICADA
ORIENTADORA: Dr^a DENISE M. G. V. DA SILVA
ACADÊMICOS: GEANDRY M. B. SOUZA
JOEL JOSÉ LUIZ
MALIUDA KIOMI OKUDA**

**PROJETO: MESA REDONDA SOBRE: "ATUALIDADES NO TRATAMENTO
E NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA"**

INTRODUÇÃO

A realização deste evento originou-se a partir de um objetivo proposto em nosso projeto Assistencial, desenvolvido na VIII unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. Tal objetivo propõe o desenvolvimento de atividades que integram ensino e pesquisa: Assistência de Enfermagem aos clientes em Tratamento Dialítico- Estressores e Enfrentamentos". O projeto está sendo operacionalizado no Centro de tratamento dialítico do Hospital Universitário (H.U). Nesta aproximação com o tema percebemos que há um grande acúmulo de conhecimentos nesta área e que estes conhecimentos são dinâmicos, havendo sempre novidades que requerem atualização frequente das pessoas que trabalham nesta área. Desse modo, consideramos importante difundir estas informações através de um evento que permitisse que as pessoas que tem maior proximidade com esse conhecimento pudessem apresentá-los.

OBJETIVO

Compartilhar conhecimentos acerca do tratamento dialítico, contribuindo desta forma para a formação profissional e da comunidade acadêmica da área da saúde, especificamente da Enfermagem.

METODOLOGIA

Através de uma mesa redonda a ser realizada Auditório do H.U, no dia 08 de maio de 2000 às 17:00 horas.

Participarão 6 palestrantes convidados para abordarem os seguintes temas:

- **Tema:** “Aspectos Fisiopatológicos sobre a Insuficiência Renal Crônica”

Palestrante: Dr. Sidnei Pereira Dachi

- **Tema:** “Aspectos legais do tratamento dialítico, segundo a ‘Portaria 82 de 03 de Janeiro 2000’”

Palestrante: Enf^ª Rosanea Maciel Vieira

- **Tema:** “Avanços tecnológicos para o Tratamento da I.R.C.”

Palestrante: Enf^º Antônio José Albino

- **Tema:** “Vivência de um profissional de saúde com clientes renais e sua participação em um grupo de convivência”

Palestrante: Enf^ª Maristela Assunção de Azevedo

- **Tema:** “Assistência de Enfermagem & Humanização”

Palestrante: Enf^ª Ângela Luckner Goulart

Participante: Márcio Silveira Machado

Cada palestrante terá 15 minutos para exposição do seu respectivo tema. Ao final abriremos 45 minutos para discussão dos respectivos temas.

ATIVIDADES

10/04/00 a 19/04/00- Discussão do tema e palestrantes, escolha do local do evento, reserva do local e busca de apoio.

19/04/00 a 22/04/00- Confecção de folders e cartazes.

24/04/00 a 08/04/00- Divulgação e organização do evento.

08/04/00- Preparo do ambiente para Mesa Redonda.

CUSTOS

Para realização deste evento tivemos custos desde a sua elaboração até sua execução que incluíram desde: papel , xérox, folders, cartazes, coffee break , materiais para anotações e ornamentação sendo o custo final de 300,00 reais.

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Departamento de Enfermagem - NFR

MENSAGEM DOS ORGANIZADORES :

A Mesa Redonda sobre atualidades no tratamento e no cuidado às pessoas com insuficiência Renal Crônica – IRC, se originou de um objetivo proposto no projeto assistencial “Assistência de Enfermagem aos clientes em Tratamento Dialítico - Estressores e Enfrentamentos”, desenvolvido na VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, tal objetivo propõe o desenvolvimento de atividades que integram Ensino e Pesquisa à comunidade acadêmica.

Esperamos que sua participação nos ajude a ter um momento de discussão e ampliação da perspectiva do cuidado às pessoas em tratamento dialítico.

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Departamento de Enfermagem - NFR

REALIZAÇÃO :

ACADÊMICOS DA VIII UNIDADE
CURRICULAR DO CURSO DE
GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM.

GEANDRY M. B. DE SOUZA

JOEL JOSÉ LUIZ

MALIUDA KIOMI OKUDA

APOIO :

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / UFSC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – NFR
/ UFSC

COMISSÃO ORGANIZADORA :

ACADÊMICOS DA VIII UNIDADE
CURRICULAR DO CURSO DE
GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM.

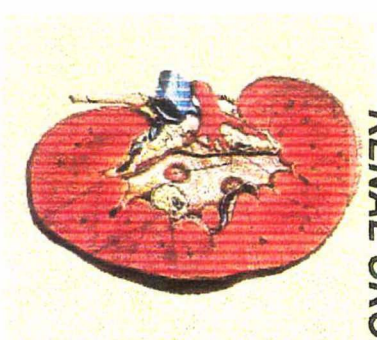
GEANDRY M. B. DE SOUZA

JOEL JOSÉ LUIZ

MALIUDA KIOMI OKUDA

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Departamento de Enfermagem - NFR

MESA REDONDA:
"ATUALIDADES NO
TRATAMENTO E NO
CUIDADO ÀS
PESSOAS COM
INSUFICIÊNCIA
RENAL CRÔNICA"



LOCAL
AUDITÓRIO DO
HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
- H.U. / UFSC

DATA: 08 DE MAIO DE 2000

HORÁRIO: 17:30 h

FLORIANÓPOLIS / SC

FICHA DE INSCRIÇÃO

- ## Insuficiência Renal Crônica

[illegible]

- [illegible]

[illegible]

- [illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

- [illegible]

C.E.P.:					
---------	--	--	--	--	--

Fone :									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 7

11

☐ Antecipada

Inscrição :

11

11

DIREITO A CERTIFICADO

PLANO DE VISITA DOMICILIAR

1)- Dados de Identificação:

Nome: G. Mendana

Idade: 63 anos

Endereço: São José-SC.

Telefone: não possui

2)- Condições de saúde do cliente/família.

Cliente com I.R.C, Hipertensão e depressão.

3)-Objetivo:

Conhecer o ambiente familiar com a finalidade de identificar fatores estressantes no seu contexto familiar.

Específico: discutir com o cliente estratégias que minimizem os fatores estressantes identificados.

4)- Atividades previstas:

Consulta de Enfermagem

5)- Material previsto:

caneta, papel, esfigmomanometro, estetoscópio, folhetos explicativos (hipertensão, depressão..).

VISITA DOMICILIAR

V. A., 63 anos, sexo feminino, católica, viúva, analfabeta, aposentada, residente a rua Vieira Padilha, 07 Ipiranga- São José, tendo como referência o supermercado Radiante. Tem casa própria, de madeira, com 05 cômodos: sala, 02 quartos, cozinha e banheiro, sem forro, com água encanada, luz elétrica, saneamento básico adequado.

No mesmo terreno reside o seu filho, em casa de alvenaria.

S- Referiu que na noite anterior sentiu-se mal, teve dor de cabeça, acha que a sua pressão estava alta e que a causa do mal- estar está relacionado a sua preocupação com a falta de remédios e com a neta que reside com ela.

A sua neta refere que administrou buscopan solicitado pela avó, e teve a preocupação na quantidade da dose.

Diz também ter problemas de relacionamento familiar com a nora que reside no mesmo terreno. Relatou fatos como: **“A nora oferecer comidas temperadas e ressaltar que não deveria seguir dieta tão rigorosa “médico errado”, acusa a nora de contribuir e criar intrigas entre mãe/filho; e que não recebe auxílio do filho, porque a nora exige que também ajude sua mãe, dessa forma ela não aceita, porque diz que o filho não tem condições de sustentar duas famílias”.**

Com relação ao filho diz ter mágoa porque ele defende a esposa e em certa ocasião chegou a discutir e agredi-la. Diz que solicitou ao filho, quando ela estava internada, que recebesse o seu pagamento (INSS). Porém este o faz mas não lhe entregou o dinheiro, vindo a saber mais tarde, que havia gastado com a reforma de sua casa e que estava tentando passar a sua aposentadoria para o próprio nome para que pudesse receber o benefício. (Soube desses fatos através de sua neta).

O- Cliente lúcida, orientada, deambulando, comunicativa. Apresentando expressão facial de tristeza e preocupação. Níveis pressóricos elevados (240X100mmHg).

A- Percebemos que as relações familiares são fatores desencadeantes de situações estressantes que interferem diretamente na sua situação de saúde, pois os familiares residem no mesmo terreno e o convívio se torna diário (rotineiro), apesar dos familiares residirem próximos não há ligação afetiva de modo que a cliente, isolada em sua residência (abandono), já que não recebe visitas pois o filho não permite.

Observamos que a falta de medicação e de alimentos (não segue a dieta prescrita) a deixa preocupada, e este fator está diretamente relacionado às condições sócio econômicas da cliente.

- P-**
- Orientar quanto à procura de medicação nos Centros de Saúde;
 - Orientar quanto às possibilidades/alternativas de rendas;
 - Ouvir e confortar a cliente.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787
e-mail: nfr@nfr.ufsc.br

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O relatório das(os) alunas(os) Geandry M. Barbosa de Souza, Malinda K. Okuda e Joel J. Luiz, além de atender os requisitos de um trabalho científico, relato com detalhes a prática assistencial desenvolvida pelos mesmos. O texto é sensível e inclui análises e reflexões importantes tanto sobre o cuidado quanto o marco referencial. Este relatório retrata a excelente prática assistencial, cujo empenho, dedicação e capacidade dos alunos se sobressaiem.

Geni Correa (o) Kulin

Flópolis, 03 de agosto de 2000